

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 1184

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES VARIÉTÉS RARES
DES
HERNIES INGUINALES ET CRURALES

AU POINT DE VUE
DE LEUR SIÈGE ET DE LEUR CONTENU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL BARD

Né le 6 mars 1870, à Nantes (Isère)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mars 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES VARIÉTÉS RARES
DES
HERNIES INGUINALES ET CRURALES

AU POINT DE VUE
DE LEUR SIÈGE ET DE LEUR CONTENU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL BARD

Né le 6 mars 1870, à Nantes (Isère)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYON.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. BARD, Assesseur ; MM. VALLAS et CURTILLET Agrég.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

INTRODUCTION

Au mois de septembre dernier, nous avons l'honneur d'être interne suppléant dans le service de M. le professeur agrégé Jaboulay, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu. Frappé lui-même de la fréquence avec laquelle il avait eu l'occasion d'opérer ces variétés, décrites comme rares, de hernies inguinales et crurales, ce maître dévoué nous suggéra l'idée d'entreprendre une étude générale sur les formes anormales de ces hernies et voulut bien nous fournir plus de vingt observations personnelles.

Avec de pareils documents, nous nous sommes mis à l'œuvre et nous avons fait des recherches aussi complètes que possible. Nous nous sommes efforcé surtout de grouper les cas déjà signalés, n'y ajoutant d'autre complément que le faisceau des observations nouvelles que nous avons

pu recueillir. Nous ne prétendons pas faire une étude complète de chaque variété qui se présentera tour à tour sous nos yeux ; notre intention est plutôt d'énumérer les faits, nous arrêtant cependant à ceux qui ont droit, en raison de leur fréquence, à une description plus détaillée.

Dans une première partie consacrée aux hernies inguinales, nous passons en revue d'abord les variétés par le siège — et là, nous étudions successivement les hernies acquises et les hernies congénitales, — puis les variétés par le contenu, et nous y faisons entrer la plupart des viscères abdominaux sains ou avec leurs lésions pathologiques.

Nous réservons une deuxième partie, de beaucoup la moins importante, à l'analyse des hernies crurales et nous distinguons de même les variétés par le siège et par le contenu.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le professeur agrégé Jaboulay, qui a bien voulu nous confier le soin de ce travail et qui nous a toujours guidé par ses savantes lumières.

Nous prions M. le professeur Maurice Pollosson, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et pour les conseils qu'il nous a donnés pendant notre semestre d'externat passé dans son service à l'Hôtel-Dieu.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, M. Aubert, ex-chi-

rurgien en chef de l'antiquaille ; M. Vallas, chirurgien-major, désigné de l'Hôtel-Dieu ; M. Humbert Mollière, médecin des hôpitaux et M. le professeur agrégé Devic reçoivent l'expression de notre sincère gratitude pour les précieuses leçons qu'ils nous ont prodiguées dans le cours de notre externat.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES VARIÉTÉS RARES
DES
HERNIES INGUINALES ET CRURALES
AU POINT DE VUE
DE LEUR SIÈGE ET DE LEUR CONTENU

HISTORIQUE

Un grand nombre de travaux se rattachent à l'étude des hernies inguinales et crurales et même à leurs variétés rares ; il serait trop long de les énumérer tous. Chemin faisant, nous tracerons à propos de chaque variété décrite un rapide aperçu historique. Pour être complet, nous réunirons à la fin de cet ouvrage, sous la forme d'index bibliographique, les travaux et les mémoires que nous auront fait connaître nos recherches attentives.

Toutefois, nous devons indiquer tout de suite les écrits se rapportant à une étude d'ensemble.

Depuis longtemps on connaissait les formes insolites des hernies dans les régions inguinale et crurale, témoin ce Soranus d'Ephèse (an 97 de notre ère) qui avait déjà entrevu l'existence d'une hernie inguinale de l'ovaire et

de la trompe. Mais tous les faits restaient isolés, et chaque auteur apportait une observation nouvelle.

En 1807, nous voyons O'Neil écrire un travail d'ensemble sur les variétés de la hernie inguinale (*De hernia inguinali, ejusque varietatibus*, Edinburgi, 1807).

Boeckel, en 1864, publie quelques cas exceptionnels de hernies (*Gaz. med. de Strasbourg*, 1864).

Tripier fait sa thèse sur les *variétés rares de Hernies inguinales congéniales* (th. de Paris, 1880).

Mais il faut arriver à Duret, en 1883, pour avoir sur les *variétés rares de Hernies inguinales* un travail complet (thèse d'agrégation de chir., 1883).

Pour les hernies crurales, nous trouvons en 1859 le mémoire de Le Gendre (mémoire sur les quelques variétés rares de Hernies crurales (*Gaz. méd. de Paris*, 1859).

En 1885, paraît la thèse de Loumeau sur les *Variétés rares de Hernies crurales* (th. de Bordeaux, 1885).

Enfin, en 1892, avec Cushier se fait la démonstration de l'origine congénitale possible pour les hernies crurales, puisque cet auteur les a plusieurs fois observées chez le fœtus (Hernies crurales du fœtus, *N. York path. Soc.*, 1892).

PREMIÈRE PARTIE

HERNIES INGUINALES

CHAPITRE PREMIER

VARIÉTÉS RARES DE HERNIES INGUINALES NON CONGÉNITALES, AU POINT DE VUE DU SIÈGE

Le trajet ordinaire que suit la hernie inguinale est celui qui est décrit dans la forme commune, dite hernie inguinale oblique externe.

Nous n'avons pas à entrer, ici, dans les détails d'une description si bien faite dans tous nos ouvrages classiques. Aussi, nous croyons-nous autorisé à commencer immédiatement l'étude des variétés rares qui doivent faire l'objet de notre travail.

1° Hernie oblique interne ou vésico-pubienne.

Il existe tout d'abord un trajet herniaire dont on ne connaît que de très rares exemples et qui a été bien décrit

pour la première fois par Velpeau. Nous voulons parler de la hernie oblique interne ou vésico-pubienne.

Observée par Verneuil, puis par Lemaistre, cette variété a été étudiée par P. Berger dans le nouveau *Traité de chirurgie*; nous devons en outre à A. Cooper et à Goyrand d'Aix plusieurs observations intéressantes.

Profitant de la dépression qui sépare le cordon de l'artère ombilicale de l'ouraque, cette hernie refoule le *fascia transversalis*, pour s'insinuer dans l'épaisseur de la paroi abdominale, laissant en dehors les vaisseaux épigastriques, avec lesquels elle ne présente souvent que des rapports éloignés. Elle suit une direction oblique de dedans en dehors et vient se présenter à l'anneau inguinal externe. Souvent même, cet anneau est libre, la hernie apparaît au-dessus de lui, et dans ce cas, la tumeur a une tendance à se porter du côté de la fosse iliaque.

D'après la description de Velpeau, citée par Duret dans sa thèse d'agrégation, on reconnaît la hernie oblique interne à son siège immédiatement au-dessus de l'anneau inguinal externe, près du bord externe du muscle droit; à sa forme aplatie, car elle est serrée entre des plans aponévrotiques. Verneuil, dans une observation publiée par Lemaistre, dit que la tumeur est située entre la symphyse et l'orifice externe du canal inguinal, et qu'elle envahit le mont de Vénus.

M. Jaboulay a eu récemment l'occasion de rencontrer une variété de ce genre.

OBSERVATION I

Femme de cinquante-huit ans. Hernie inguinale oblique interne, en dedans des vaisseaux épigastriques. Tumeur au voisinage du

pubis; le doigt introduit par l'orifice externe du canal inguinal trouve ce dernier absolument libre. Réduction possible. Cure radicale.

Dans le cas d'étranglement, le chirurgien doit débrider en dedans et en haut.

2° Hernie inguinale directe

Observée par Hesselbach, cette hernie fut décrite par Scarpa, l'appelant hernie inguinale interne et par A. Cooper.

La hernie inguinale directe sort de la cavité abdominale par la fossette moyenne, immédiatement en dedans des vaisseaux épigastriques et s'introduit dans le canal le plus souvent par sa paroi postérieure, elle déprime à ce niveau le fascia transversalis et l'aponévrose du muscle transverse (tendon conjoint) et vient faire saillie à l'anneau inguinal externe, après avoir franchi directement d'arrière en avant la paroi abdominale. Notons en passant le peu de tendance à descendre dans les bourses.

Dans la plupart des cas signalés la hernie était d'un petit volume : dans les observations de Laugier, de Goyrand et de MM. Trélat et Duguet, elle avait la grosseur d'un marron ou d'une petite noix. Duret a décrit une *forme de champignon*. Dans le cas de M. Trélat, la hernie existait des deux côtés avec des caractères semblables.

Enfin un signe peut encore aider au diagnostic, c'est la liberté relative de l'orifice externe du canal inguinal.

La cause de la production de cette hernie paraît être dans le faible développement ou l'atrophie du muscle transverse et du tendon conjoint.

Si on se trouve en présence d'un étranglement, il faut débrider directement en haut et non en dehors.

A côté de ces deux variétés que nous trouvons décrites déjà dans les auteurs et en particulier dans la thèse de Duret nous plaçons un cas qui nous paraît exceptionnel, et que nous n'avons trouvé nulle part ailleurs. Il s'agit d'une hernie inguinale située en dedans du cordon, mais en dehors des vaisseaux épigastriques.

OBSERVATION II (communiquée par M. Jaboulay).

*Hernie inguinale bilatérale, en dedans du cordon
et en dehors des vaisseaux épigastriques.*

Homme de soixante ans. Tumeur herniaire de chaque côté au niveau de l'anneau inguinal. Ce qui frappe tout d'abord, c'est le voisinage de la hernie et du pubis. Aussi, M. Jaboulay croyait à une vésico-pubienne.

Opération. — Après dissection du sac herniaire, on reconnaît qu'il est nettement situé en dedans du cordon et en dehors des vaisseaux épigastriques. Cure radicale.

3° Hernie par éraillure.

Une hernie parcourant le trajet inguinal peut rencontrer, sur la paroi antérieure de ce trajet, une lacune produite par l'écartement de quelques faisceaux de l'aponévrose d'insertion du grand oblique. Elle s'y engage et devient superficielle avant d'avoir atteint l'anneau inguinal externe.

Ces faits ont été signalés par A. Cooper, Lotzbeck,

Scarpa, Velpeau. L'anneau resté libre ne donne passage qu'au cordon spermatique.

Ces hernies peuvent encore faire issue à travers la paroi postérieure du canal inguinal, ne faisant parfois aucune saillie sous la peau. Si elles s'étranglent, elles peuvent rester ignorées ; et on rend responsables d'un étranglement interne les phénomènes observés. Cette considération nous permet d'entrevoir immédiatement les difficultés du diagnostic. D'où la nécessité d'un examen approfondi en présence de pareils symptômes. « Explorez avec soin les régions herniaires dès que vous les verrez apparaître ; palpez la paroi ; fouillez le canal avec le doigt ; cherchez au-dessus, au-dessous. Une imperceptible saillie, l'acuité d'une vive douleur locale, vous indiqueront le point où l'intestin est pincé et qu'il faut débrider. » (Duret.)

4° Hernie para-inguinale.

Enfin, pour être complet, nous devons rappeler une disposition plus rare signalée par Tuffier : trajet herniaire parallèle au trajet inguinal, situé en dehors de lui et complètement distinct avec orifice profond et anneau superficiel indépendants des anneaux inguinaux interne et externe. Ordinairement le trajet accessoire est situé en dehors ; dans un seul cas du mémoire de Tuffier, il était en dedans. Une autopsie de Chipault a permis d'établir l'indépendance absolue des deux trajets. Enfin comme particularité assez curieuse, Tuffier a observé un cas de hernie inguinale oblique externe accompagnée d'une hernie para-inguinale distincte du même côté.

CHAPITRE II

VARIÉTÉS RARES DE HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES AU POINT DE VUE DU SIÈGE.

1° Hernies inguino-interstitielles.

Cette variété fit l'objet de la thèse de Dance en 1863 ; puis étudiée dans un mémoire de Goyrand ; définitivement classée dans les hernies congénitales depuis les travaux de Tillaux et de son élève Dupuy.

Comme l'indique son nom, cette hernie est tout entière contenue dans l'épaisseur des parois abdominales, n'occupant ainsi qu'une partie du canal vagino-péritonéal, la portion inguinale dilatée. La situation du testicule peut être variable ; mais un fait constant, c'est qu'il est toujours renfermé dans cette cavité, tantôt derrière l'anneau externe, tantôt adhérent à la face inférieure du sac.

Ce qu'il importe de retenir, c'est le mode de production de cette variété de hernie : oblitération presque constante de l'anneau inguinal externe, réduit à un simple pertuis ; le testicule arrêté dans sa descente s'est placé en ectopie

inguinale. Une portion de l'intestin a pénétré dans le canal vagino-péritonéal et dans la cavité vaginale, mais sans pouvoir à son tour franchir la limite externe du canal. De nouvelles anses intestinales venant s'ajouter ont agrandi le sac herniaire et celui-ci bridé en arrière par l'orifice interne, en avant par l'orifice externe oblitéré et le testicule, en bas par l'arcade de Fallope, s'est distendu du côté de la partie supérieure entre les plans fibreux et musculaires de la paroi abdominale, quelquefois aussi en dehors du côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Dans un cas de Tillaux la hernie remontait jusqu'à l'ombilic.

2^o Hernies inguino-propéritonéales.

Nous trouvons un grand nombre de travaux se rattachant à cette question ; mais nous devons citer les deux savantes monographies de Krönlein. La hernie inguino-propéritonéale est pourvue de deux sacs, l'un inguinal ou inguino-scrotal, l'autre abdominal, réunis par un collet situé tout près de l'orifice inguinal interne.

Le sac abdominal est interposé entre le fascia transversalis et le péritoine ; d'où le nom de propéritonéal. Il pourra suivre dans son extension trois voies différentes.

- a) Du côté de la vessie (*variété vésicale*),
- b) Du côté de la fosse iliaque (*variété iliaque*),
- c) Enfin vers le petit bassin (*variété pelvienne*).

Souvent le sac abdominal acquiert un volume énorme soulevant le péritoine dans une grande étendue ; le sac inguinal ne paraît plus être alors qu'un simple diverti-

cule. Retenons en passant que le collet qui les réunit n'est presque jamais le siège d'étranglement. En effet, dans le cas de hernie étranglée c'est toujours du côté de l'orifice interne du canal qu'il faut chercher la cause des accidents. Dans une intervention au cas de hernie propéritonéale étranglée, il importe donc de se rappeler qu'il faut aller très profondément pour trouver cet orifice.

La pathogénie des hernies inguino-propéritonéales a été diversement interprétée.

Stroebel et Krönlein admettaient qu'à la suite du taxis répété d'une hernie inguinale il se produisait un refoulement du collet, amenant ainsi un diverticule propéritonéal.

Pour Cloquet et Demeaux une traction intra-abdominale entraînait le collet du sac, traction résultant surtout d'adhérences avec l'épiploon.

Enfin Ramonède apporte de nouvelles explications fondées sur les dispositions anatomiques du conduit vagino-propéritonéal: la hernie inguino-propéritonéale serait due alors à une hernie inguinale congénitale avec dilatation de l'ampoule supérieure du conduit vagino-péritonéal formant dans ce cas la poche propéritonéale.

Malgré ces interprétations la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître une origine congénitale, tout en admettant la possibilité d'une pareille disposition dans les hernies acquises.

Au point de vue qui nous intéresse, nous croyons utile de rapporter ici brièvement l'observation suivante, publiée par M. Martel dans les *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.

OBSERVATION III (résumée).

Hernie inguinale étranglée ; hernie propéritonéale ; torsion du mésentère. — Cure radicale. — Mort.

C... A., quarante-cinq ans, marchand des quatre-saisons. Depuis sept ans, hernie inguinale gauche contenue par un bandage. Il y a deux jours, issue de la hernie avec phénomènes d'étranglement. La tumeur ne descend pas dans les bourses. Le testicule gauche est à sa place et paraît normal. On essaye quelques tentatives, légères de taxis, mais sans aucun résultat. Les phénomènes d'étranglement persistent.

Opération. — M. Rollet suppléant M. Gangolphe, pratique la kélotomie. A l'ouverture du sac, issue d'un liquide légèrement roussâtre. L'intestin est rouge, ne présente aucun point ayant un aspect gangréné. L'étranglement paraît déterminé par le collet du sac. Incision de ce collet. Réduction. Le doigt pénètre aisément dans l'abdomen à la suite de l'intestin qui ne paraît plus. Cependant on sent le bord externe de l'anneau inguinal interne mou et non tranchant comme le bord interne.

M. Rollet prononce le nom de hernie propéritonéale ; mais la réduction complète de l'anse herniée et la pénétration évidente du doigt dans l'abdomen font rejeter cette idée. On fait la cure radicale.

Suites. — Les vomissements d'abord calmés réapparaissent le soir même ; ils deviennent porracés et abondants. Ni selles, ni gaz. Etat général mauvais. Le lendemain on lève le pansement. Rien de particulier sur la plaie cutanée. On fait sauter les points de suture ; pas de liquide, pas d'inflammation profonde. Le troisième jour, l'état s'aggrave et le malade meurt à 10 heures du soir.

Autopsie. — Pas de trace de péritonite. Aucune inflammation au voisinage de l'anse herniée réduite. Mais dans la fosse iliaque gauche on découvre une tumeur couchée le long de l'arcade crurale sur le muscle iliaque. Elle part de l'anneau inguinal interne et

s'étend jusqu'à la partie moyenne de l'arcade. C'est une hernie propéritonéale engagée par l'orifice inguinal interne.

Une corde mésentérique, enroulée d'intestin grêle, se porte dans l'orifice inguinal et pénètre dans la cavité diverticulaire, formant ainsi un cordon tendu entre la colonne vertébrale et cet orifice.

Au-dessous de ce pont de substance s'engage la portion terminale de l'intestin grêle dilaté qui, après un coude vers la vessie, remonte en haut et à gauche pour venir se tordre et s'aplatir sur le mésentère en passant au-dessous de la corde formée. Cette anse décrit autour du mésentère un tour complet et se trouve placée à droite de la corde mésentérique au point où elle pénètre dans l'anneau inguinal. Elle pénètre à jeu libre dans l'orifice et se développe en plusieurs circonvolutions (anse de 30 centimètres de longueur) dans le sac péritonéal, puis ressort contre le rebord externe de l'orifice (à ce niveau, son calibre est un peu plus considérable, elle est moins aplatie) et s'engage à nouveau sous la corde mésentérique pour se continuer avec la portion non dilatée de l'intestin.

L'occlusion intestinale avait donc eu pour cause unique la torsion du mésentère, puisque la dilatation de l'intestin s'arrêtait nettement au premier coude de l'anse sur la corde mésentérique.

La tumeur herniaire présente un sac péritonéal complet formé par un refoulement latéral du péritoine en dehors et en haut, à travers l'orifice inguinal interne et développé immédiatement dans le tissu sous-péritonéal de la fosse iliaque.

3° Variété rare de hernie transpariétopéritonéale.

Sous ce nom, M. Villard (de Lyon) a publié un cas de hernie propéritonéale, mais celle-ci indépendante du trajet inguinal.

OBSERVATION IV (résumée).

M. L., âgée de trente-huit ans. Rien à noter dans les antécé-

dents. Il y a quelques années la malade portait une petite tumeur réductible au voisinage de l'anneau inguinal; depuis deux ou trois ans, cette tumeur aurait disparu.

Il y a trois jours, douleur abdominale à début absolument brusque et, rapidement, vomissements, état général grave. La malade aussitôt amenée à l'Hôtel-Dieu, présente tous les signes d'un étranglement interne : vomissements fréquents et fécaloïdes, arrêt complet des selles et des gaz; abdomen météorisé, légèrement douloureux à la palpation, mais ne présentant pas de localisation spéciale à la douleur; rien de particulier au niveau de la fosse iliaque droite.

Les orifices abdominaux sont libres. Température rectale = 38° 1. Facies grippé; état général mauvais. En présence de ces symptômes, l'idée de péritonite étant écartée, on conclut à la présence d'un étranglement interne et à la nécessité d'une intervention immédiate, qui est pratiquée par M. M. Pollosson, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Opération. — Anesthésie. Désinfection. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale (0,12). Le péritoine ouvert, immédiatement une anse intestinale dilatée, congestionnée, se présente à l'incision; puis en écartant, guidé par cette anse, et en soulevant les parois abdominales, on aperçoit, accolée contre la paroi antérolatérale gauche et dans sa partie inférieure, une tumeur arrondie, de la grosseur d'une petite mandarine, et faisant saillie à l'intérieur de la cavité abdominale, le revêtement péritonéal soulevé à ce niveau.

M. Pollosson, suivant du doigt le trajet de l'anse intestinale dilatée, arrive au niveau d'un orifice permettant de pénétrer dans l'intérieur de ce sac herniaire propéritonéal. Il peut débrider, en écartant les doigts, le collet du sac, et libérer l'anse étranglée. On voit alors sur celle-ci les deux sillons d'étranglement séparés l'un de l'autre par une distance d'environ 20 centimètres. L'intestin étranglé paraît sain; il est donc abandonné librement dans le ventre. Dans la cavité péritonéale il existe une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent (phénomène signalé par M. Gangolphe).

Suture de la paroi abdominale.

Suites. — Le lendemain, état assez bon : pas de vomissements, une selle abondante. Le surlendemain, état grave : dyspnée, agitation ; $\theta = 39^{\circ}5$; face congestionnée. Pourtant encore une selle.

Le troisième jour au matin, après une mauvaise nuit et quelques vomissements, la malade meurt à 8 heures. ($\theta = 40^{\circ}2$ la veille au soir.)

Autopsie. — La mort est due à une pneumonie du sommet du poumon droit.

On constate du côté de l'intestin que l'étranglement est entièrement levé et que le calibre du tube intestinal est à peu près redevenu normal. Aucune trace de péritonite.

Du côté du sac herniaire on voit les dispositions suivantes : A 1 centimètre et demi environ au-dessus du canal inguinal, et par suite parfaitement indépendante de ce canal, existe une poche faisant saillie en avant dans la paroi abdominale ; elle est formée par un repli péritonéal, et peut contenir dans son intérieur une grosse noix ; l'ouverture regarde la cavité péritonéale, c'est donc une disposition analogue à celle d'un nid de pigeons. Nous avons dit que cette poche était située à 1 centimètre et demi au-dessus du canal inguinal, ajoutons qu'elle était un peu en dehors du bord externe du grand droit de l'abdomen.

Dans le fond de la cavité existe un diverticule qui, perforant la paroi abdominale, vient faire saillie sous la peau. C'était là probablement l'ancien sac herniaire abandonné de la hernie que la malade signalait deux ans auparavant. Autour de ce sac et dans toute la cavité péritonéale, aucune trace d'inflammation et d'adhérences anciennes.

Il s'agissait bien là d'une hernie propéritonéale, mais d'une variété rare de cette forme.

D'abord c'était chez une femme et, de plus, le trajet du sac transpariétal est absolument indépendant du trajet inguinal.

D'autre part, au point de vue de la pathogénie, nous

ne pouvons appliquer à notre cas l'une des différentes théories énumérées plus haut au sujet des hernies inguino-propéritonéales.

Rokitansky, Baer, Broca ont successivement signalé au voisinage de l'anneau inguinal des diverticules péritonéaux, qui seraient le point de départ des hernies propéritonéales ; la hernie, primitivement intra-abdominale, pousserait ensuite un prolongement dans le canal inguinal.

Dans le fait que nous examinons ici, nous admettons avec M. Villard l'hypothèse que la hernie, primitivement intra-abdominale, a donné naissance à un prolongement transpariétal, habité pendant quelque temps par des anses intestinales, au lieu de donner un prolongement inguinal, et cela d'autant mieux qu'il s'agissait d'une femme.

Cette interprétation va nous faire admettre de suite qu'il peut exister des hernies propéritonéales acquises et produites indépendamment du conduit vagino-péritonéal.

4° Hernies enkystées de la vaginale.

Elle a été désignée encore sous le nom de hernie enkystée d'Astley Cooper et de hernie à sac intra-vaginal ou à double sac de Bourguet, d'Aix.

C'est une hernie contenue dans un kyste incomplet, c'est-à-dire se laissant pénétrer par le pédicule de la hernie. Nous trouvons de dedans en dehors un viscère, puis un premier sac, et enfin un deuxième sac. C'est donc bien, comme disait Bourguet, d'Aix, un double sac dont les deux feuillets se continuent l'un avec l'autre au niveau du collet.

Pour ne pas nous attarder à un historique complet de la question, disons seulement que la première observation de hernie à double sac est due à Méry et Petit en 1701.

Parmi les nombreux travaux publiés à ce sujet, nous ne ferons que citer les *Leçons* de Dupuytren et, tout particulièrement, l'étude faite par A. Cooper dans ses *Œuvres chirurgicales*; puis le Mémoire de Bourguet, d'Aix, la thèse de Ramonède, les observations de Paul Berger, la thèse d'agrégation de Duret et la thèse de Clarac (Lyon, 1895).

Au point de vue anatomo-pathologique, dans tous les faits relatés, le testicule occupe une situation variable et cette variabilité est précisément une cause des blessures de la glande dans le cours des interventions.

L'étude comparative de ces diverses positions a cependant permis d'établir à ce sujet la division suivante :

Tantôt le testicule adhère au sac interne ;

Tantôt, et c'est ici le cas le plus fréquent, le testicule adhérent au sac externe fait saillie dans la cavité vaginale.

Plus rarement enfin, il peut être en ectopie inguinale.

De même, si nous étudions les rapports qu'affectent entre eux les deux sacs de la hernie, nous pouvons distinguer deux variétés :

I. — Le plus souvent à l'intérieur du sac le plus superficiel, c'est-à-dire dans la cavité vaginale agrandie, on trouve une tumeur comme appendue à l'anneau inguinal et ressemblant, selon l'expression de Bourguet, à un gros pis de vache. La cavité vaginale entoure donc la hernie de toute part et présente à sa partie supérieure un cul-de-sac empêchant toute communication entre elle et l'abdomen.

II. — D'autres fois la hernie accolée à la partie postérieure de la cavité vaginale forme une sorte de tuméfaction bosselée, parcourue par des arborisations vasculaires.

La pathogénie de la hernie enkystée a été soumise à une foule d'interprétations différentes. La condition fréquente de sa production et sur laquelle tous les auteurs sont d'accord, c'est l'existence d'une hydrocèle occupant la cavité vaginale. Mais quel en est le mécanisme ? De l'ensemble des discussions, nous pouvons dégager quatre théories principales :

La première, donnée par Dupuytren, est la théorie de l'adossement : « Deux tumeurs adossées offrent des puissances et des résistances fort inégales ; ... or, dans ces cas, la plus grande force se trouve presque toujours du côté de la hernie, qui se prolonge et s'enfonce en quelque sorte dans la cavité de l'hydrocèle... »

La deuxième, celle d'A. Cooper et de Gosselin, est la théorie de l'enkystement : le canal péritonéo-vaginal, au lieu de s'oblitérer après la descente du testicule, se ferme au niveau de l'anneau inguinal, mais reste béant au-dessus et au-dessous de ce point, où se sont établies des adhérences ; l'intestin allonge ces dernières de manière à former un sac qui descend dans la cavité vaginale.

La troisième admise par Monod et Terrillon est la théorie du refoulement : Une hernie ordinaire dans sa descente rencontre la vaginale distendue, passe en arrière, puis, la refoule. Il existe alors une double cloison au point de contact des deux sacs. Mais la rupture peut se faire dans le feuillet vaginal ou dans les deux à la fois ; et dans ce dernier cas l'intestin baigne dans le liquide que contient la vaginale.

Enfin la quatrième théorie est celle de Bourguet, ou théorie de l'invagination : « Le sac d'une hernie non congénitale arrive à rencontrer la partie la plus élevée de la séreuse testiculaire et y pénètre en la déprimant en doigt de gant. »

En somme, nous pouvons admettre que, si la hernie enkystée de la vaginale se rencontre parfois dans les hernies acquises, elle est le plus ordinairement congénitale.

Comme complications anatomiques fréquentes, nous avons à noter la coexistence d'une hydrocèle enkystée ou encore d'un kyste du cordon.

Dans un cas opéré par M. Jaboulay, l'épiploon formait à l'intérieur du sac interne une masse volumineuse adhérente aux parois de la cavité herniaire.

OBSERVATION V

Hernie inguinale épiploïque adhérente, à double sac.

Homme de vingt-cinq ans, porteur depuis le jeune âge d'une tumeur inguinale gauche descendant dans le scrotum. Par la palpation on trouve le testicule à sa place normale.

Opération. — On trouve un premier sac formé par le canal vagino-péritonéal complet, entourant le testicule. Le doigt explorant cette cavité la trouve close de toute part. On ouvre ensuite un deuxième sac faisant saillie à l'intérieur du premier. Il contient la masse épiploïque dont on ne peut le séparer.

Dissection avec la sonde cannelée et les doigts. Résection de l'épiploon une fois dégagé du sac interne.

Ablation de ce dernier après ligature à sa base. — Fermeture de la vaginale en faisant un pli transversal avec deux pinces hémostatiques mises latéralement et en suturant ce pli à la partie inférieure de l'incision du canal péritonéal. Suture des piliers.

CHAPITRE III

VARIÉTÉS RARES DE HERNIES INGUINALES AU POINT DE VUE DU CONTENU

1^o Hernie du gros intestin ; cæcum et appendice.

Nous devons insister surtout sur les hernies du cæcum et de son appendice.

Dans un rapide aperçu historique nous voyons se succéder deux phases bien distinctes : Une première phase, avec les noms de Praxagoras, Celse, Vésale, Bauhin, Fallope, et plus près de nous Franco, Santorini et enfin Malgaigne, nous apporte des erreurs, des appréciations défectueuses des faits, en raison du peu de connaissance des rapports du péritoine et des divers organes. Pour tous ces auteurs, le cæcum est libre dans l'abdomen non entouré par le péritoine ; glissant alors sur le tissu cellulaire de la fosse iliaque il vient former des hernies la plupart du temps dépourvues de sac.

La deuxième phase marquée par les travaux de Bardeleben en 1849 et des anatomistes allemands commence à

faire lumière sur l'anatomie du cæcum et le mécanisme de ces hernies. Puis, les communications de Luschka, de Henle et plus récemment les travaux de Trèves en Angleterre (1886) et de Tuffier en France (1887) fixent nettement l'anatomie et les rapports du cæcum et en tirent des conclusions d'une grande justesse.

« Le cæcum, dit Tuffier, est partout recouvert de péritoine et la main peut en faire le tour comme elle fait le tour du cœur dans son sac péricardique. »

Outre ce revêtement séreux qu'il forme au cæcum, le péritoine lui envoie des ligaments résistants qui le maintiennent solidement fixé dans la cavité abdominale.

Le *ligament supérieur* s'insère en haut sur la partie inférieure de la fosse lombaire, descend verticalement et vient embrasser dans sa concavité la partie externe du cæcum. Il est doué d'une grande force et c'est lui principalement qui contribue à empêcher la chute de la portion initiale du gros intestin.

Moins puissant que lui mais utile cependant est le *ligament inférieur* formé également par un repli péritonéal ; inséré d'une part à la partie inférieure du cæcum, à l'intestin grêle et au mésentère, il va rejoindre la fosse iliaque dans sa partie inférieure. Son action est de rendre impossible la bascule de bas en haut du cæcum.

Quant à l'appendice, il est entouré lui aussi par le péritoine qui lui fournit un véritable méso triangulaire à base dirigée en haut ; en outre il est relié au cæcum par le repli iléo-appendiculaire qui part du cæcum à la base de l'appendice et va jusqu'à son extrémité.

La connaissance de ces ligaments nous permet de comprendre le mécanisme des hernies du cæcum et nous mon-

tre la nécessité d'une lésion acquise ou d'une malformation congénitale des appareils suspenseurs dans la production de ces hernies.

Avant l'apparition du mémoire de Tuffier on admettait deux mécanismes pour les hernies du gros intestin.

1° *Hernies par glissement*. — Le cæcum descendu entre la paroi de la fosse iliaque et le péritoine qui le recouvre en avant venait faire hernie, dépourvu de sac ou du moins n'ayant qu'un sac incomplet formé par le péritoine entraîné secondairement.

2° *Hernies par descente*. — Le cæcum basculait en dehors, l'appendice en haut, et se présentait seul ou accompagné du côlon, avec sac incomplet.

Actuellement nous admettons le mécanisme donné par Tuffier. Ce dernier distingue à ce point de vue les hernies congénitales et les hernies acquises :

Les *hernies congénitales*, reconnaissent deux causes : dans un premier cas il s'agit d'une malformation congénitale ; le péritoine n'entourant pas le cæcum et l'appendice ne fait que passer au-devant de ces organes. La hernie se fait alors par *glissement*, et il n'y a point de sac. Dans un second cas au contraire le cæcum est bien entouré par le péritoine, mais ses ligaments sont atrophiés, ils manquent tous deux, ou même ils sont trop longs : la hernie se fait par *descente* et avec un sac.

Dans les *hernies acquises*, nous trouvons également deux mécanismes :

Tout d'abord par *allongement des ligaments* suspenseurs : le cæcum descend, entouré de péritoine, et la hernie a un sac.

Il peut y avoir en outre *désinsertion ligamenteuse*, et

le cæcum descend encore entouré de péritoine, et le sac ne fait pas défaut.

Cependant, nous citons plus bas l'observation d'une hernie chez un adulte, et dans laquelle le cæcum était dépourvu de sac, du moins en partie. D'autres observations mentionnent le même fait, qui doit s'expliquer de deux façons :

Ou bien la hernie cæcale avait au début un sac complet : puis le côlon qui est descendu secondairement a forcé le sac a se distendre et dépouillé le cæcum d'une partie de son péritoine ;

Ou bien au contraire c'est le côlon qui aura occupé le premier le siège de la hernie où le cæcum et l'appendice auront été entraînés par la suite : dans ce cas encore, absence de sac.

Il nous reste à signaler les causes accessoires qui favorisent les déplacements du gros intestin : relâchement des aponévroses abdominales, poids des matières fécales accumulées dans le cul-de-sac du gros intestin. (Brachi, Turin, 1812.)

Il importe en outre de se rappeler que cette variété de hernie se rencontre avec une fréquence relative dans le jeune âge (thèse de Mérigot de Treigny, Paris, 1887).

Enfin son siège le plus habituel est à droite.

Scarpa avait admis trois degrés dans les hernies du cæcum : *a*) au premier degré la hernie ne renfermait que l'extrémité libre et arrondie du cul-de-sac cæcal, avec son appendice vermiforme ; *b*) au deuxième la tumeur contient non seulement l'appendice, mais la partie voisine du côlon ; le mésocôlon qui a suivi les organes rend particulièrement la réduction difficile ; c'est ce que Scarpa ap-

pelait *adhérences charnues naturelles*. c) quand on arrive au troisième degré on trouve dans la hernie les organes précédents avec une quantité plus ou moins considérable d'intestin grêle.

Les hernies du gros intestin nous offrent d'ordinaire un tableau clinique assez net :

Tumeur herniaire volumineuse, c'est-à-dire, au moins égale à un poing ; apparition brusque ; et rapidement irréductibilité, sans phénomènes d'étranglement. La hernie descend souvent jusqu'au milieu de la cuisse, et fournit à la palpation un gargouillement des plus marqués.

Le pédicule est en général d'un volume énorme : on peut facilement introduire le doigt jusque dans l'abdomen entre le pédicule et l'anneau inguinal.

Ajoutons enfin que les symptômes généraux sont peu accusés dans la majorité des cas ; et l'on peut voir des malades nullement incommodés par des hernies même volumineuses.

Malgré l'irréductibilité qui les caractérise de bonne heure, n'oublions pas que les hernies du gros intestin peuvent rentrer subitement dans l'abdomen, sans que cette réduction spontanée soit mieux expliquée par une cause quelconque que son irréductibilité antérieure.

Aussi au point de vue du diagnostic, M. Aug. Pollosson a-t-il insisté sur les remarques suivantes : les hernies volumineuses, lorsqu'elles sont dues à l'issue de l'intestin grêle, s'établissent en général, d'une manière progressive, et on ne verrait à peu près jamais les hernies de l'intestin grêle atteindre brusquement un volume considérable. L'établissement brusque d'une hernie volumineuse devrait

donc faire songer à l'existence d'une portion du gros intestin et permettre presque de l'affirmer.

Les complications observées dans les hernies du gros intestin relèvent de plusieurs chefs.

1° L'*engouement*, dû à l'accumulation des matières fécales dans la portion de l'intestin hernié, facilite l'irréductibilité. C'est un accident assez rare et de peu d'importance. Cependant, il en a imposé parfois pour un étranglement, et Goyrand donne des observations où il a dû pratiquer la kélotomie (matières stercorales accumulées dans le cæcum avaient produit phénomènes graves). Il n'existait, dit-il, aucun étranglement.

2° L'*inflammation herniaire*, causée par un traumatisme, un choc, un corps étranger contenu dans l'intestin hernié (et le plus fréquemment ce sont des vers intestinaux) peut revêtir deux types : tantôt ce sont des phénomènes généraux et locaux peu assurés, passagers, correspondant à des poussées inflammatoires, origine des adhérences de l'intestin avec le sac. Tantôt les signes sont plus marqués et simulent l'étranglement ; mais il y a alors de la péritonite herniaire, avec inflammation et douleurs locales au début, plus tard avec de la rougeur, des phénomènes phlegmoneux et même des gangrènes amenant la perforation.

3° L'*étranglement* est évidemment moins fréquent et surtout moins net dans les hernies du gros intestin que dans celles de l'intestin grêle.

4° L'*appendicite herniaire* est la cause la plus fréquente des complications survenues dans les hernies du cæcum et du gros intestin. Il est incontestable, en effet, que la présence du cæcum dans une hernie doit favoriser le déve-

loppement des inflammations appendiculaires. Car, outre les conditions ordinaires qui préparent le terrain à l'agent microbien quand l'appendice est à sa place normale, nous trouvons ici une stagnation plus marquée encore des matières fécales, grâce aux coudures et aux brides si facilement produites dans ces hernies ; et surtout nous observons une congestion passive avec œdème, consécutivement à la gêne circulatoire causée par le pédicule, même modérément serré.

Nous avons relevé un grand nombre d'observations d'appendicite herniaire. Nous les indiquons à la fin de ce travail ; qu'il nous suffise de rapporter ici les faits les plus intéressants.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay).

*Hernie du cæcum avec appendicite.
Calcul stercoral.*

Homme de cinquante-quatre ans. Hernie inguinale depuis quelques années, qui devint rapidement irréductible. — Depuis quelques jours, phénomènes d'étranglement ou de pseudo-étranglement. Quelques vomissements, mais conservation des selles.

Intervention. — On arrive sur le cæcum sans avoir eu de sac à ouvrir. L'appendice est rouge, tuméfié, mais pas de gangrènes ni de perforation. A son intérieur on sent un calcul stercoral. — Le péritoine formait un sac bien incomplet au niveau de l'anneau externe. Le cæcum avait dû se présenter par son extrémité supérieure et, dans ce mouvement de bascule, s'était dégagé du péritoine.

Dans un premier temps, résection de l'appendice dans la hernie.

Dans un deuxième temps, quinze jours après, réduction mais

difficilement. En poussant, rien ne rentrait. Il fallut produire un mouvement en sens inverse de celui qui avait dû s'opérer pendant la formation de la hernie. Réduction laborieuse.

Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

*Hernie inguinale droite, contenant le cæcum
avec son appendice.*

Homme de quarante-cinq ans. Depuis trois ans hernie inguinale droite de moyen volume; bien maintenue par un bandage; et même rien d'apparent en dehors des efforts.

A l'opération le cæcum et l'appendice occupent le sac de la hernie (le sac était complet.) Les organes herniés sont absolument sains; on n'éprouve aucune peine à les réduire. Cure radicale.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par M. Jaboulay.)

*Hernie inguinale droite irréductible contenant le cæcum,
le côlon et de l'épiploon.*

Homme de quarante-cinq ans, porteur depuis plusieurs années d'une hernie volumineuse, qui fut irréductible presque dès le début de son apparition, jamais de phénomènes d'étranglement.

Opération. — Sac énormément distendu, mais cependant complet. Dans la partie inférieure de la cavité herniaire on trouve l'appendice libre de toute adhérence; au-dessus, le cæcum se continuant en haut avec la première portion du côlon; tous ces organes sont sains et sont recouverts en avant et en dedans par l'épiploon.

Le tout est réduit en commençant par l'épiploon. Cure radicale.

OBSERVATION IX (résumée).

(Gangolphe, chirurgien des hôpitaux, *Lyon méd.*, 1892.)

Hernie cœcale compliquée. — Appendicite dans un sac herniaire. — Cure radicale.

F. J., quarante-six ans, journalier. Depuis quinze ans environ, volumineuse hernie inguino-scrotale, partiellement irréductible depuis quelques années. Il y a douze jours, brusquement, sans cause appréciable la hernie augmenta de volume et surtout devint douloureuse.

A l'entrée, hernie scrotale droite du volume d'une tête d'enfant, le scrotum est rouge, chaud, très sensible à la pression à la partie inféro-externe. On constate la présence de la sonorité en certains points et ailleurs de masses dures. Le collet est large et peu douloureux.

Température normale, selles conservées, pas de vomissements. On écarte toute idée d'étranglement et l'on admet une inflammation de la hernie produite peut-être par une petite perforation intestinale.

Intervention. — Incision large d'un abcès scrotal contenant un bon verre de pus très fétide, ne contenant ni gaz, ni corps étrangers, ni matières fécales. La suppuration tarit rapidement. drainage du foyer. Pansement.

Vingt jours après, le repos au lit, le régime laxatif, l'application de compresses froides réduisirent la hernie au volume des deux poings. Devenue complètement indolore elle paraissait formée d'une masse épiploïque et d'anses intestinales difficiles à contenir par un bandage.

Cure radicale. — A l'ouverture du sac on découvre adhérente à sa surface interne avec une masse épiploïque volumineuse qu'on dégage avec le bistouri. Puis on reconnaît qu'il existe dans l'intérieur même de l'épiploon une sorte de sac contenant de l'intestin grêle dont la réduction est facile et totale. En cherchant à

distinguer le cordon et à l'isoler, on arrive jusqu'à la queue de l'épididyme; il y avait là, en apparence dans l'épaisseur du sac, comme un second cordon, de la grosseur d'un porte-plumes, adhérent à l'épididyme et à la cicatrice de l'abcès. On pense aussitôt à l'appendice vermifore. On l'isole; une incision longitudinale montre la cavité muqueuse centrale. Ligature très serrée au-dessus de l'incision. A ce moment recherche et libération du cæcum par ruptures des adhérences; celle-ci détruite jusqu'au niveau du collet et plus haut encore avec le doigt. Résection de l'épiploon (500 gr.) après quatre ligatures en chaîne.

Appendice fortement lié à sa base et sectionné au thermocautère; réduction du gros intestin; dissection et résection du sac. Cure radicale.

Deux mois après l'opération absence de récurrence.

OBSERVATION X (résumée).

(M. Auguste Pollosson, thèse de Charnois, 1894).

Hernie inguinale droite irréductible. — Gangrène de l'appendice vermifore. — Résection. — Guérison.

S., cinquante-quatre ans, cultivateur, depuis dix ans hernie inguinale droite réductible, d'abord contenue par un bandage. Il y a quelques jours sous l'influence d'un effort augmentation brusque de volume (*deux poings d'adulte*). — Irréductibilité complète sans phénomène d'étranglement.

A l'entrée à l'Hôtel-Dieu : pédicule de la hernie large et non serré; on pense à des phénomènes d'engouement ou de légère inflammation herniaire: repos au lit, application de glace, diète sévère. Amélioration. Puis huit jours plus tard, l'augmentation de la hernie avec chaleur locale, les vomissements et le ballonnement du ventre commandent l'intervention.

Opération. — M. Aug. Pollosson fait une incision de 15 centimètres sur la face antérieure de la hernie. Ouverture du sac.

On trouve comme contenu l'intestin grêle, et le cæcum descendu par glissement; annexé au cæcum est l'appendice vermiforme qui présente à 2 centimètres environ de son insertion une ulcération large comme une pièce de 50 centimes, ulcération qui non seulement avait donné issue au contenu de l'appendice, mais l'avait presque sectionné. Autour de cet appendice ulcéré est une zone de péritonite constituée par des fausses membranes fibrino-purulentes, cette zone est assez limitée, elle n'envahit pas tout le sac.

Résection de l'appendice au voisinage de son insertion; section touchée au thermocautère. Antisepsie soigneuse de la cavité. Puis réduction de l'intestin grêle. Le cæcum ne pouvant être réduit indépendamment du sac, on fit d'abord une suture de l'ouverture du sac péritonéal, et on réduisit à la fois dans l'abdomen le cæcum et le sac herniaire, après agrandissement de l'anneau inguinal. Cure radicale.

Trois mois après M. Pollosson trouve son malade guéri. Pendant la toux aucune impulsion n'est sentie.

OBSERVATION XI (résumée).

(M. Aug. Pollosson, thèse de Charnois).

Hernie inguinale droite irréductible. — Hernie du cæcum avec appendicite gangréneuse. — Absès intra-scrotal. — Mort.

D..., cultivateur, soixante-sept ans, porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale ayant le volume d'un poing; contenue par un bandage.

Brusquement augmentation après un effort; irréductibilité, pas de phénomènes d'étranglement.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 8 avril 1895: la tumeur herniaire est énorme, tendue, douloureuse. Pédicule large, ne paraît pas serré; tentatives de réduction inutiles; glace et diète rigoureuse. Les selles sont conservées, pas de vomissements, ou du moins un seul le 16 avril.

Les jours suivants les vomissements se répètent, la douleur

augmente; ventre ballonné. Pouls petit et rapide. Chaleur et rougeur sur la peau du scrotum.

État général effrayant; vomissements fécaloïdes. Une intervention est décidée.

Opération. — Incision des téguments, décortication du sac.

En isolant ce dernier, on constate en dehors de lui et à sa partie postéro-interne une collection suppurée, siégeant dans le tissu cellulaire des bourses en dehors du sac et contre lui. Ouverture de l'abcès, nettoyage.

Ouverture du sac sur sa face antérieure: On y trouve une anse volumineuse de l'intestin grêle et le cæcum en même temps qu'une portion du colon ascendant.

Le cæcum occupe la face postérieure de la hernie; on voit l'insertion de l'appendice; mais partant du cæcum et suivant cet appendice, on est conduit dans la cavité suppurée extra-sacculaire. En ce point l'appendice est ulcéré.

C'était donc une inflammation de l'appendice en partie extra-péritonéal. Et il s'était produit en dehors du sac l'analogue du phlegmon du tissu cellulaire de la fosse iliaque; il y a eu suppuration péri-sacculaire.

Réduction de l'intestin grêle; mais la réduction du cæcum aurait nécessité la réduction du sac: or celui-ci était le siège d'une inflammation suppurative.

On avait le choix entre la résection intestinale avec entérorraphie et l'anus contre nature. Ce dernier fut pratiqué en raison de l'état général ne permettant pas de prolonger l'opération. Résection de l'appendice.

Collapsus. Mort dans la soirée.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. Jaboulay).

Hernie inguinale droite étranglée. — Colon transverse tout entier. — Épiploon thrombosé. — Guérison.

Jeune homme de vingt ans. Depuis plusieurs années petite hernie à la région inguinale droite, bien maintenue par un bandage.

Il y a quelques jours, après une baignade la hernie augmenta brusquement et cet accroissement de volume fut suivi de phénomènes d'étranglement: arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre, vomissements, etc.

Phénomènes généraux très marqués. Petitesse du pouls; facies abdominal.

Opération. — En opérant cette grosse hernie on trouve le côlon transverse tout entier, et au-devant de lui l'épiploon thrombosé. L'intestin lui-même paraissait très congestionné avec quelques plaques suspectes. En présence de ces signes et surtout du mauvais état général M. Jaboulay croyait son malade perdu. Il se hâta de tout réduire et de vite appliquer quelques points de suture. Le malade a guéri.

Pour terminer l'étude des hernies du gros intestin, il nous reste à signaler la présence dans un sac herniaire de certains organes plus rarement rencontrés, du moins à la région inguinale.

HERNIES DE L'S ILIAQUE

Boussi avait, le premier, attiré l'attention sur la disposition anormale de l'S iliaque dans une hernie inguino-scrotale.

A. Broca fit l'autopsie d'un sujet chez lequel une hernie de l'S iliaque accompagnait une cystocèle inguinale.

Chauffard eut l'occasion d'observer, au cours d'une intervention un cancer de l'S iliaque adhérent au sac herniaire.

Ladroitte nous rapporte aussi une hernie de cet organe.

Enfin tout récemment, au mois d'octobre 1895, Anderson a publié 3 cas de hernie sans sac de l'S iliaque à travers le *canal inguinal*.

HERNIES DE LA TOTALITÉ DE L'INTESTIN

Nous possédons quelques observations de ce genre. Il s'agit, dans tous ces cas, de hernies volumineuses. C'est d'abord l'intestin grêle qui est sorti le premier, puis, petit à petit, toutes les anses intestinales ont, pour ainsi dire, perdu droit de domicile dans l'abdomen. Le gros intestin, à son tour, vient s'ajouter au contenu et, comme sa présence dans une hernie ne tarde pas à en amener l'irréductibilité, ce n'est qu'à ce moment que le patient, vieux porteur de hernie, vient réclamer le secours du médecin.

Dans ces dernières années, Chevereau, Jayle, Lewin ont publié de ces faits qui, somme toute, ne constituent que des curiosités pathologiques.

2° Hernie inguinale de l'estomac.

L'estomac a été trouvé dans le contenu d'une hernie scrotale ; le fait fut rapporté par Meinhard Schmidt, en 1885, dans le *Berl. klin. Wochenschrift*.

Chevereau signale devant la Société anatomique de Paris une hernie inguinale de l'intestin et de l'estomac.

Dans l'observation de Lewin, il y avait dans la hernie tout le tube digestif, y compris l'estomac.

3° Hernie inguinale du rein.

Nous n'avons pu trouver qu'un seul exemple d'une pareille hernie. Il s'agissait d'un rein mobile, prolabé, étranglé dans une hernie inguinale chez une femme (Deipser).

4° Hernie inguinale de la vessie.

La première observation de hernie inguinale vésicale fut rapportée par Jean Sala en 1520. Cent ans plus tard, on fait connaître un second cas.

Mais il faut arriver à Verdier, en 1753, pour avoir un travail d'ensemble de la question c'est, avec lui que commence la période d'interprétation pathogénique et d'anatomie pathologique. Verdier indique nettement comme conditions nécessaires à la production de cette hernie :

1° La distension vésicale ;

2° La diminution de résistance des parois du viscère, et il a remarqué la présence dans un cas d'une couche graisseuse épaisse recouvrant la partie herniée. Dans le même mémoire l'auteur rapporte pour la première fois une observation de cystocèle crurale.

Viennent ensuite les travaux d'un autre Verdier, en 1860, et de Nélaton, en 1867.

Citons encore les observations de Krönlein, 1874 ; de Ch. Leroux, 1880 ; la thèse S. Labarière en 1881, suivie en 1883 de la thèse d'agrégation de Duret. En 1889, Monod et Delagenière ajoutent à la pathogénie donnée jusqu'à eux le rôle du lipôme prévésical et s'occupent du traitement. En 1890 paraissent les travaux importants de Hedrick, avec 11 observations de cystocèle inguinale, et en 1892 la thèse de Bourbon.

Dans ces dernières années les travaux se multiplient : en particulier les pages que Lucas-Championnière a consacrées au traitement des cystocèles dans un traité de la

cure radicale des hernies ; le travail de Lejars en 1893 dans la *Revue de chirurgie*.

Enfin, rappelons la thèse de Picquet sur les cystocèles inguinales.

A tous ces faits nous nous empressons d'ajouter les deux articles du *Lyon Médical*, 1895 (n° du 24 février et du 3 mars), par MM. Jaboulay et Villard, au sujet de trois nouvelles observations de cystocèles inguinales, utiles surtout dans l'interprétation de certains phénomènes pathogéniques et cliniques.

L'étude approfondie des rapports normaux de la vessie, en particulier de ses rapports avec le péritoine va nous permettre d'entrevoir immédiatement les variations que l'on pourra rencontrer dans les dispositions anatomo-pathologiques du sac et de son contenu, dans la variété de hernie qui nous occupe en ce moment.

La vessie peut tantôt faire hernie sans se coiffer d'un revêtement péritonéal, tantôt présenter un revêtement péritonéal incomplet ; tantôt enfin être contenu dans un sac véritable renfermant alors le plus habituellement des anses intestinales ou de l'épiploon.

De là les trois variétés à étudier :

- A. *Cystocèles extra-péritonéales* ;
- B. *Cystocèles para-péritonéales* ;
- C. *Cystocèles extra-péritonéales*.

Cette division nous permet de résumer en peu de mots la situation du revêtement péritonéal dans ses rapports avec la vessie herniée.

A. *Cystocèles extra-péritonéales*. — C'est la variété décrite par Duret dans sa thèse d'agrégation sous le nom de cystocèles sans sac séreux.

C'est la face antérieure de la vessie, celle qui normalement est dépourvue de revêtement péritonéal, qui s'est engagée dans le trajet herniaire, repoussant au devant d'elle les différents plans aponévrotiques et cellulux et s'en est coiffée en les étalant à sa surface ; mais il n'y a pas là d'enveloppe nettement délimitée méritant le nom de sac.

Il est important au point de vue chirurgical de bien se rappeler cette disposition anatomique ; lors d'une intervention, en effet, dans la dissection des différentes enveloppes on s'attend toujours à arriver sur le sac sans jamais le rencontrer. Si le diagnostic de hernie vésicale n'est pas fait d'avance, l'opérateur tant habile soit-il, croyant être seulement sur le sac, incisera presque fatalement le muscle vésical, créant ainsi une plaie plus ou moins étendue au réservoir urinaire.

B. *Cystocèles para-péritonéales*. — Dans cette forme, à la hernie extra-péritonéale que nous venons de décrire, est venu se juxtaposer un sac péritonéal situé plus ou moins latéralement, dans lequel peuvent descendre ou non des anses intestinales ; c'est la variété décrite par Duret sous le nom d'entéro-cystocèle avec sac séreux incomplet.

La vessie est accolée à la tunique séreuse et semble en renforcer l'épaisseur. La situation est presque constante et M. Jaboulay dans ses observations a toujours trouvé le réservoir urinaire à la partie interne et postérieure du sac péritonéal, les anses intestinales recouvrant la face antérieure de la vessie, étant au contraire débordée par elle en dedans.

L'étendue du revêtement péritonéal peut être variable :

tantôt la hernie vésicale est presque tout et le cul-de-sac péritonéal fort minime; tantôt au contraire à une entérocele volumineuse est accolée un faible prolongement vésical. Un degré de plus et nous avons la cystocèle extra-péritonéale.

C. *Cystocèles intra-péritonéales.* — Au milieu d'anses intestinales ou de masses épiploïques on trouve une partie plus ou moins grande du globe vésical, mais celui-ci est à son tour complètement tapissé d'un revêtement péritonéal. C'est la tumeur herniaire avec intussusception de la vessie de Duret; c'est la cystocèle par bascule de Krönlein et Leroux.

Ces deux derniers auteurs ont tout particulièrement mis en lumière un point important: c'est que la partie du réservoir urinaire qui fait saillie dans le sac herniaire est le sommet de la vessie. « Il semble, disent MM. Jaboulay et Villard, que celle-ci, allongée dans le sens de la hauteur, ait subi un mouvement de bascule, suivant lequel, une plicature se produisant au niveau de la partie moyenne, la vessie présenterait un dispositif analogue à celui d'un bonnet phrygien pour engager de haut en bas son sommet dans le trajet herniaire. »

La curieuse variété de cystocèle intra-péritonéale est rare; elle ne se rencontre que dans les hernies volumineuses.

Pathogénie et étiologie des cystocèles inguinales. — Ebauchée par Verdier en 1753, la théorie pathogénique fut plus tard complétée à propos de certains points particuliers par Nélaton, Duret, Monod, Delagenière, Krönlein et Leroux.

Il semble, comme dit M. Jaboulay, qu'on doive envi-

sager d'une façon toute différente la pathogénie des processus, suivant l'un ou l'autre sexe. Nous allons donc étudier à ce point de vue la cystocèle inguinale chez l'homme et chez la femme.

a) CHEZ L'HOMME. — Verdier avait déjà signalé comme causes prédisposantes : la flaccidité de la vessie, la distension de ses parois, la largeur de l'anneau inguinal. Nélaton y ajoutait l'effort.

Les *conditions fondamentales* sont en effet :

1° La *distension vésicale*, permettant à la paroi antérieure de l'organe des'étaler au devant des orifices inguinaux internes.

2° Le *défaut de contractilité* du muscle vésical, laissant une distension s'exercer en permanence. Car s'il n'en était ainsi à chaque miction la vessie venant se cacher derrière le pubis aurait avec les orifices inférieurs de la paroi abdominale des rapports trop temporaires pour permettre la production d'une hernie.

Cette même vessie au contraire, étant devenue flasque et molle, se laisse facilement déprimer comme une membrane inerte dans un orifice herniaire suffisamment dilaté et de plus y restera engagée d'une façon définitive; ce sera en effet un des caractères cliniques des hernies vésicales que l'absence de réduction totale.

3° L'*effort invoqué par Nélaton* intervient d'une manière réelle, mais seulement alors que la vessie remplie et distendue est en contact avec la paroi abdominale. Et l'effort ne fera jamais défaut ; car la distension vésicale étant commandée par un obstacle au cours de l'urine situé en avant de la vessie, pour vaincre cet obstacle, la pression

des muscles abdominaux doit intervenir et cela d'autant mieux que la contractilité du muscle vésical est plus diminuée ou même abolie.

Aussi devons-nous signaler tout de suite deux maladies où nous trouverons réalisées ces conditions pathogéniques en première ligne, l'hypertrophie de la prostate; puis le rétrécissement urétral, mais seulement dans les dernières : périodes, alors que la vessie d'abord hypertrophiée se laisse distendre.

Les *conditions accessoires* méritent aussi d'être signalées : 1° D'abord le *relâchement de la paroi abdominale* condition banale de la production des hernies en général; 2° Beaucoup plus intéressant à étudier est le rôle du *lipôme prévésical de Monod et Delagenière*. Mais tandis que ces auteurs ne voient dans le développement de ce tissu adipeux qu'un agent fixateur entraînant avec lui la vessie dans son mouvement en avant, MM. Jaboulay et Villard font jouer un autre rôle à cette masse graisseuse, celui de favoriser le glissement du réservoir urinaire. Et pour cela ils s'appuient sur le fait bien observé par eux : chez les sujets présentant un grand développement de la graisse prévésicale, le décollement de la séreuse péritonéale d'avec la vessie se faisait beaucoup plus facilement; dès lors le lipôme de Monod et Delagenière facilitant le décollement, péritonéal diminue par cela même, la fixité normale de la vessie, condition favorable à la production d'une cystocèle.

Nous avons énuméré jusqu'ici, les conditions pathogéniques générales des cystocèles, voyons quel est leur

rôle suivant les variétés anatomiques : extra-péritonéales ; para-péritonéales ; intra-péritonéales.

A. *Cystocèles extra-péritonéales*. — Ce sont évidemment des hernies dépendantes de la distension vésicale et des causes qui peuvent l'engendrer. C'est donc le prostatisme qui se montrera le facteur essentiel. La distension du globe vésical, l'affaiblissement de sa contractilité, efforts nécessaires à la miction, toutes ces conditions se trouvent réalisées chez le prostatique. On comprend que la hernie dans ce cas doive être extra-péritonéale puisque le péritoine a dû être soulevé préalablement par la vessie distendue.

B. *Cystocèles para-péritonéales*. — Ici la question se pose de savoir quel est le viscère le premier en date dans la hernie. Monod et Delagenière estiment que la hernie vésicale est toujours primitive : la vessie s'engagerait d'abord à la suite de la masse graisseuse dans l'anneau inguinal, puis le péritoine accompagnant la vessie viendrait former un sac plus ou moins complet contenant l'intestin.

Mais Duret avait déjà soutenu la possibilité de la cystocèle secondaire, c'est-à-dire la hernie par glissement de Verdier. M. Jaboulay à son tour se rattache à cette théorie en raison de ce fait remarquable, c'est que dans ces cas de hernies vésicales parapéritonéales, le plus souvent on a affaire à des entérocéles volumineuses, la hernie intestinale est tout et la cystocèle accessoire.

C. *Cystocèles intrapéritonéales*. — G. Marchand et Leroux invoquent les adhérences du sac ou de l'épiploon avec la vessie. Verdier admet que le péritoine vésical et la vessie elle-même sont entraînés et sortent de l'abdomen

par un phénomène de glissement entre le sac et l'anneau. MM. Jaboulay et Villard font jouer un rôle capital à la disposition de la séreuse sur le globe vésical ; ils ont distingué à ce sujet une zone décollable du revêtement séreux sur la vessie, et une zone d'adhérence intime et solide de la séreuse au muscle vésical au niveau de l'intersection de l'ouraque. Le mécanisme est alors le suivant : supposons qu'il existe une entérocele ; par son accroissement progressif elle exerce une traction sur le péritoine voisin.

La vessie tend à être entraînée, et si elle est très élevée derrière la paroi abdominale la traction péritonéale va produire sur le sommet vésical ou point d'adhérence un mouvement de bascule d'autant plus marqué que la distension vésicale sera plus grande.

b) CHEZ LA FEMME. — Chez elle nous n'avons plus la grande cause de production des hernies de la vessie, le prosiatisme ; aussi est-ce une rareté.

Il existe cependant des causes capables d'engendrer la distension de la vessie et les modifications consécutives de ses rapports avec le bassin.

Et d'abord la grossesse, particulièrement dans les derniers mois, alors surtout que se fait l'engagement fœtal. Deux facteurs interviennent : la compression de l'urètre favorisant la distension vésicale, et la nécessité pour la vessie de se loger où elle peut (observation de Reymond : femme de trente-huit ans présentant hernie inguinale depuis l'âge de deux ans).

Viennent ensuite toutes les tumeurs gênant la miction, les fibromes utérins (observation rapportée par Lejars dans la *Revue de chirurgie*, 1893).

Enfin on peut admettre par hypothèse que toute tumeur du bassin gênant la miction peut jouer le même rôle.

CYSTOCÈLES OPÉRATOIRES

M. Picquet dans sa thèse inaugurale a décrit sous le titre de « cystocèle opératoire » un mécanisme tout particulier d'après lequel la vessie est amenée dans le champ opératoire, et ceci par des tractions exercées sur le sac pour en assurer une dissection suffisamment haute.

La *symptomatologie* des hernies inguinales de la vessie est presque nulle.

Les caractères physiques décrits par les auteurs, c'est-à-dire tumeur tendue et fluctuante, et mate quand la vessie est pleine; molle, flasque, de consistance membraneuse quand'elle est vide, tous ces signes, disons-nous, n'existent pas la plupart du temps.

Il en est de même des symptômes fonctionnels, au nombre desquels on a signalé particulièrement la miction en deux temps. Ajoutons cependant qu'une seule fois M. Jaboujay fit le diagnostic du contenu de la hernie, parce qu'en appuyant sur elle on faisait sourdre l'urine par la verge.

Nous indiquerons également plus loin les cas où le diagnostic peut se faire chez les vieux prostatiques.

Le plus souvent en effet la hernie vésicale ne se révèle qu'au cours d'une intervention de kélotomie ou de cure radicale, et c'est la blessure de la vessie herniée qui fait reconnaître la nature de l'organe déplacé.

La contribution clinique que nous apportons consiste en

trois opérations de cystocèles inguinales, pratiquées par MM. Jaboulay et Villard. Voici le résumé de chacune :

OBSERVATION XIII

(Jaboulay et Villard, *Lyon méd.*, fév. et mars 1895).

Cystocèle inguinale gauche étranglée.

Un homme de soixante ans était porteur d'une volumineuse hernie inguinale gauche, ancienne. Elle était étranglée depuis vingt-quatre heures ; une grosse masse remplissait le cordon. Elle était mate partout. Un taxis léger avait été pratiqué.

L'opération montra du sang dans le sac : il contenait une longue anse d'intestin grêle qui était serrée au collet ; celui-ci fut débridé en haut. Puis la réintégration intestinale fut faite, ainsi que la ligature et l'ablation du sac. Mais au-dessous de lui est une grosse masse ovoïde, comme le poing, entourée de graisse vers son sommet. On dirait un lipôme.

Croyant à un second sac contenant une deuxième hernie, M. Jaboulay se livre à des tractions qui le déchirent et ouvrent une cavité. C'est la cavité vésicale : une sonde introduite à ce moment par l'urètre ressort en effet par la plaie. On fait la suture de Gussembaüer.

Mais les urines sont purulentes, et comme on n'est pas sûr de la suture, on laisse la vessie dans le trajet herniaire, sans la réintégrer.

A la suite de cette intervention il y eut de l'infiltration d'urine dans les bourses et consécutivement de la gangrène du scrotum dont le malade mourait trois semaines après.

OBSERVATION XIV

(Jaboulay et Villard, *loc. cit.*)

Cystocèle inguinale gauche, irréductible.

Homme de quarante ans, hercule de foire, sourd-muet, présen-

tait une grosse hernie inguinale gauche, irréductible, douloureuse et fort gênante.

Une vaste incision fut faite et montra dans le sac la présence d'anses intestinales (intestin grêle, gros intestin avec un mésocôlon descendant très épais). Cet épaissement empêchait la réduction et le passage à travers l'anneau qui était cependant très large. Hernio-laparotomie.

Après la réduction, en décollant la poche en dedans du côté d'une masse restante, la vessie qui était herniée fut ouverte et l'urine s'écoula. Une suture fut pratiquée sur cette plaie et la vessie ne fut pas réduite.

La guérison fut rapide : le malade quitte l'Hôtel-Dieu avant qu'on n'ait songé à lui proposer la cure de sa cystocèle persistante.

Dans les deux observations qui précèdent il s'agit de cystocèles parapéritonéales en coïncidence avec des entérocéles volumineuses.

Dans la suivante au contraire la hernie est intra-péritonéale et constitue par son contenu une variété que nous n'avons trouvée signalée nul le part. Nous voulons parler d'une

5° Hernie de la prostate.

OBSERVATION XV

(Jaboulay et Villard, *loc. cit.*)

Cystocèle inguinale droite, intrapéritonéale, contenant la totalité de la vessie et de la prostate.

Homme de soixante-dix ans. Hernie de la grosseur d'une tête d'enfant.

Le diagnostic de son contenu n'était pas difficile, parce qu'en appuyant sur elle on faisait sourdre l'urine par la verge.

Immédiatement après l'incision, on tombe sur la vessie. Mais il y avait dans cette vessie une grosse masse presque comme une orange ; au premier moment on crut à une tumeur de la vessie surajoutée. Cependant, après réflexion, on pensa à la possibilité d'une prostate. En effet, c'était elle : le toucher rectal pratiqué immédiatement par un assistant expérimenté ne permettait pas de la sentir, et d'autre part le toucher intra-abdominal et intra-pelvien fait par derrière la vessie ectopiée ne montrait rien qui ressemblât à la vessie derrière le pubis.

Le double toucher pratiqué en même temps dénote formellement l'absence de prostate dans le bassin et l'abdomen.

Nous avons dit qu'il s'agissait d'une hernie intra-péritonéale, c'est-à-dire par bascule. Pour arriver sur la vessie, on dut couper le feuillet pariétal du péritoine faisant sac devant la vessie.

La prostate était donc, elle aussi, dans la hernie inguinale, et elle était très grosse.

Le rôle de l'hypertrophie prostatique dans la pathogénie de ces cystocèles n'a jamais été plus évidente qu'ici.

Mais cette prostate a subi à son tour le contre-coup de l'accident amené par elle ; elle a été entraînée par l'organe qu'elle avait contribué à faire hernier.

Le testicule et le cordon furent relevés sur l'abdomen pour fermer, par dessous, l'éventration. Cette éventration était de la grosseur du poing ; elle dut cependant être agrandie pour permettre la réintégration de la vessie et de la prostate.

La guérison fut complète.

Le point à retenir en pratique, c'est que, chez des vieillards porteurs de grosses hernies inguinales, il faut se méfier de la possibilité d'une cystocèle concomitante à une entérocele et plus ou moins masquée par elle ; et d'autant plus qu'on peut constater des troubles du côté de la miction. De plus rien n'est difficile à réduire comme une

hernie de la vessie, et nous avons vu, à propos de la hernie totale de la vessie et de la prostate, que, malgré un énorme orifice, il fallut encore inciser plus haut la paroi abdominale, avant de pouvoir tout rentrer.

Grand volume de la hernie chez un individu âgé ou bien obligé de faire des efforts considérables ;

Coïncidence de troubles de la miction en relation avec cette hernie ;

Impossibilité d'une réduction totale, en l'absence de tout phénomène d'étranglement, ce sont là des signes qui permettent d'arriver au diagnostic.

OBSERVATION XVI

(Communiquée par M. Jaboulay.)

Entérocele et cystocèle (méconnue). — Section de la vessie prise pour le sac. — Suture. — Guérison.

Homme de cinquante ans, porteur d'une grosse hernie inguinale gauche. La réduction était possible sans opération ; mais le malade demande une cure radicale.

Incision jusque sur le sac, isolement de celui-ci. Réduction de l'intestin grêle.

Ouverture du sac une fois déshabité. Il est grasseux surtout en bas, où l'on constate un gros lipôme. Ligature à sa base. Puis en relevant le sac on aperçoit une grosse masse rouge accolée à sa face inférieure. On fait une dissection et après une ouverture faite on croit être dans le cæcum.

Le fil de la base du sac est aussitôt enlevé ; le doigt introduit va dans une poche que M. Jaboulay croit être une poche propéritonéale. Mais c'est la vessie ; car une sonde urétrale revient par la plaie.

Suture de la plaie vésicale. Réduction du sac et de la vessie.

Suture de l'anneau.

Guérison complète : deux mois après le malade, dans une lettre de remerciement, dit qu'il n'y a pas de récurrence.

6° Hernies inguinales de l'ovaire et de la trompe.

Entrevue par Soranus d'Ephèse (an 97 de notre ère), puis observée en 1716 par Louis Léger de Gouey, chirurgien de Rouen, la hernie de l'ovaire et de la trompe fut étudiée par Deneux, neveu de Baudelocque, en 1813, dans une monographie qui resta pendant un demi-siècle le seul ouvrage d'ensemble sur cette question.

Ce n'est qu'en 1869 que paraît la thèse de Loumagne, et en 1871 le travail d'English.

Depuis lors les travaux n'ont pas manqué ; mais le plus complet de tous est certainement le second mémoire de Puech paru en 1879, dans les *Annales de gynécologie*.

Plus récemment, nous avons à citer la thèse de Thomas en 1887, la thèse de Boudaille en 1890, l'article de Lejars dans la *Revue de chirurgie*, 1893, le mémoire de Manéga en 1894, l'intéressant travail de Kousmine et Kassan dans la *Revue de chirurgie*, 1895, et enfin à Lyon la thèse de De Vaucher, inspirée par M. Jaboulay.

Si nous nous reportons à la statistique de Puech dans son second mémoire de 1879, nous trouvons :

- 17 hernies inguinales accidentelles ;
- 17 douteuses ;
- 54 congénitales.

Ces chiffres nous montrent bien la fréquence de ces dernières.

Une autre statistique d'English (1871), établie sur 38 observations de hernies ovariennes dont 27 inguinales,

nous montre également que cette dernière variété est de beaucoup la plus commune.

Les hernies inguinales congénitales de l'ovaire et de la trompe reconnaissent pour cause essentielle la persistance du canal de Nüch. Nous n'avons pas à faire ici une description de ce canal ; disons seulement que Nüch a décrit sous ce nom un petit conduit séreux formé par le péritoine autour du ligament rond de l'utérus.

De plus cette hernie de l'ovaire et de la trompe reconnaît comme causes adjuvantes la conformation spéciale du bassin chez l'enfant et la situation élevée des organes génitaux internes qui ne sont pas encore descendus dans l'excavation pelvienne.

Puech incrimine un mouvement de descente exagéré des ovaires, ayant de nombreuses analogies avec la migration du testicule ; l'agent de cette descente serait le ligament rond prenant ici le place du *gubernaculum testis* (influence de l'absence de l'utérus).

Enfin, une influence toute spéciale doit être attribuée aux malformations diverses, telles que l'utérus bicorne ou unicorne, et l'hermaphrodisme féminin.

Quand la trompe seule fait partie de la hernie, les observations recueillies à ce sujet semblent établir que ce sont là surtout des hernies accidentelles et provoquées par un relâchement du système ligamenteux utéro-ovarien. Dans un cas cependant de la thèse de De Vaucher, il s'agit d'une jeune fille n'ayant jamais eu ni enfant ni fausse couche, et dont la trompe était certainement herniée depuis fort longtemps.

Outre les adhérences, les brides cicatricielles capables de provoquer un étranglement et la possibilité du sup-

purer sous l'influence d'un agent infectieux on voit survenir dans le contenu du sac divers phénomènes propres à ce genre de hernie. On a cité par exemple l'atrophie de l'ovaire par suite d'une gêne circulatoire ou même des traumatismes. Pourtant, malgré cette altération, les phénomènes menstruels ne font pas défaut et c'est le plus souvent au moment de la puberté que la hernie de l'ovaire se manifeste par des sensations pénibles.

Une autre modification, décrite sous le nom de congestion douloureuse, fait rarement défaut ; le danger est qu'il peut survenir de l'inflammation aiguë avec hémorragie parenchymateuse et suppuration.

On a particulièrement insisté ces dernières années sur les altérations secondaires diverses :

En premier lieu les kystes rencontrés par English, à volume parfois énorme. Lallement rapporte un cas de kyste hydatique.

Deneux, Balling et Verdier ont vu des kystes dermoïdes.

Une malade opérée par Sonnenburg était porteur d'un volumineux adénome kystique, et nous avons dans nos recherches bibliographiques trouvé l'observation d'une femme dont la hernie distendue par un gros kyste réticulaire descendait jusqu'à mi-cuisse (Fargas, de Barcelone, *Archives de tocologie*, 1890).

Enfin Lejars dans son *Étude sur les tumeurs herniaire*, cite plusieurs cas de néoplasmes de l'ovaire hernié (*Gaz. des hôp.*, 1889).

OBSERVATION XVII

(Rheinstadter, *Centralbl. für Gynäk.*, 1878).

Femme de soixante ans, sans utérus, grosse tumeur à la région

inguinale. Opération pratiquée par Bardenheuer, ablation totale. La tumeur pèse 750 gr. Il s'agit d'un angiosarcome de l'ovaire.

Un cas de cancer avait déjà été signalé par Payen. Mais l'observation de Guersant est encore plus intéressante :

Enfant de trois ans, sans utérus ; vagin en cul-de-sac ; deux ovaires cancéreux.

La trompe de Fallope sous l'influence des altérations congestives et inflammatoires est presque toujours trouvée adhérente, épaissie, oblitérée, parfois sphacélée (cas de Lejars), volumineuse hydatide de Morg (Werth), kyste séreux de l'oviducte dans le sac suppuré (Dolbeau).

Un exemple de tuberculose mentionné par Puech.

Comment reconnaître par avance la présence dans une hernie de ces différents organes ?

L'ovaire manifeste sa présence dans le canal inguinal par des signes particuliers qui relèvent de son rôle physiologique. Aussi chez les enfants l'ectopie ovarienne n'est-elle souvent qu'une découverte de hasard.

Au contraire au moment de la puberté, plusieurs phénomènes fonctionnels peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic, par exemple la douleur à la pression ; Puech accorde dans ces cas une sensibilité exquise — une sensation spéciale, voluptueuse et douloureuse signalée par quelques observateurs, en coïncidence avec les époques menstruelles — des sensations de tiraillement que les malades rapportent à la région lombaire, à l'hypogastre ou aux fosses iliaques. Enfin, exaspération des douleurs sous l'influence des rapports sexuels, de la marche, flexion de la cuisse, etc.

Mais ce sont là des phénomènes variables ne pouvant

donner que des signes de présomption ou de probabilité.

Les symptômes objectifs donneront la véritable base du diagnostic : deux signes pathognomoniques de la hernie des annexes de l'utérus par le toucher vaginal et le bi-manuel.

1° Inclinaison de l'utérus attiré du côté de la hernie.

2° Transmission à la tumeur des mouvements, en sens inverse, imprimés au col.

Dans le diagnostic des hernies de l'ovaire, il faut éviter la confusion avec les kystes du canal de Nüek, l'entéro-cèle, l'épiplocèle, et même chez les sujets de sexe douteux, avec l'ectopie testiculaire (obs. de Thomas, th. de Paris, 1887).

Les *hernies inguinales de la trompe seule* n'ont pas de signes spéciaux. Nous pouvons appliquer ici la recherche des deux signes pathognomoniques ; mais en l'absence de signes fonctionnels on n'y songe pas.

COMPLICATIONS. — Outre la souffrance et les malaises continuels éprouvés par les malades, les hernies de la trompe et de l'ovaire doivent faire songer aux complications suivantes :

1° Etranglement.

2° Infection et suppuration du sac.

3° Grossesse, surtout si l'utérus est attiré dans le sac herniaire.

7° **Hernie de l'utérus.**

Dans la plupart des observations relatant des hernies de l'utérus, ce dernier se trouvait en compagnie de l'ovaire de la trompe, ou de l'intestin.

Cependant un certain nombre de faits ont été rapportés sur la présence de l'utérus seul dans un sac herniaire.

Citons pour mémoire le travail de Brunner¹, les communications de Ch. Hagner², de Roux³ (de Lausanne).

Sur 19 cas de hernies de l'utérus, P. Berger en relate 13 observés à la région inguinale dont 7 du côté gauche, 5 à droite, et 1 (celui de Roux), bilatéral. Il existe un cas de hernie crurale.

Dans ses rapports avec le revêtement péritonéal nous retrouvons ici une disposition à peu près analogue à celle des hernies du cæcum et du côlon, c'est-à-dire que le sac est souvent incomplet.

L'utérus hernié a été souvent le siège de malformations, telles que bifidité, ou développement exagéré d'une des cornes (Olshausen, Leopold, Eisenhart).

Chez la jeune fille opérée par Roux, l'utérus était divisé en deux moitiés, dont chacune était renfermée dans une hernie inguinale.

Notons, comme curiosité, les faits signalés par Michel Doring (de Breslau), Ledesna, Rektorzik, Scanzoni, Eisenhart, Léotaud, Murray, Hagner, faits dans lesquels le sac herniaire était occupé par un utérus chargé d'un produit de conception.

Enfin, les lésions pathologiques peuvent se rencontrer ici comme sur tous les organes herniés, quoique plus rarement. Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'une seule observation de myôme développé dans un utérus hernié⁴.

Pour nous faire une idée du mode de production des

¹ Brunner, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1894, t. IV.

² Ch. Hagner, *Journ. of. Amer. Assoc.*, mars 1889.

³ Roux, *Cong. fr. de chir.*, 1891.

⁴ Schmidt, *Berl. klin. Woch.*, 1884.

hernies pour un organe aussi consistant et aussi solidement fixé que l'utérus, nous devons distinguer plusieurs cas :

Hernie de l'utérus en dehors de la grossesse ;
— — — gravide ;
— — — d'origine congénitale.

A. *Hernie de l'utérus en dehors de la grossesse.* — Si nous nous reportons à la description de Cruveilhier, l'angle de l'utérus est attiré par l'ovaire ou la trompe déjà herniés. Ou bien encore l'accroissement du sac herniaire aux dépens du péritoine adjacent finit par attirer dans la hernie le ligament large, l'utérus et ses annexes. Enfin, toutes les causes capables d'augmenter le volume de l'utérus ou de lui donner une situation anormale, comme les fibromes utérins, tumeurs de voisinage, etc., aideront au déplacement de cet organe.

B. *Hernie de l'utérus gravide.* — Ici, la question se pose de savoir si le déplacement a précédé la grossesse ou si l'utérus est venu occuper le siège de la hernie, alors qu'il contenait déjà un produit de conception. Nous n'avons pu trouver qu'un cas bien démonstratif : c'est l'observation de Scanzoni ; il y est démontré que l'œuf s'est développé dans la corne de l'utérus hernié.

C. Enfin, dans les cas où l'on a pu croire à une *Origine congénitale*, et c'est l'exception, la hernie rentre dans le cadre des autres malformations concomitantes. Telle la jeune fille de Roux. (Congr. de chir., 5^e session, 1891.)

Lenz fait remarquer avec raison que les hernies de l'utérus se produisent surtout après la ménopause, les femmes

n'en étant pas incommodées ne viennent pas consulter le médecin.

OBSERVATION XVIII

Hernie inguinale de l'utérus et des deux ovaires chez une fillette de sept mois. — Cure radicale. — Guérison. (Defontaine, *Arch. prov. chir.* 1895.)

G... Marguerite, sept mois. Depuis l'âge de deux mois tumeur dans la grande lèvre gauche; aucune modification de volume. La tumeur est piriforme, la grosse extrémité (volume du pouce) est dans la grande lèvre; la petite extrémité (volume du petit doigt) est dirigée du côté de l'orifice inguinal. Irréductibilité; fluctuation. A travers le liquide on sent des masses bosselées.

Opération. — Incision du sac, issue de liquide. On voit par l'ouverture l'appareil utéro-ovarien; utérus et annexes sont dans la hernie. Avec le doigt élargissement de l'anneau inguinal. Réduction facile en commençant par l'utérus, puis annexes.

Résection du sac après ligature. Cure radicale. Guérison complète.

La situation anormale de l'utérus dans le canal inguinal n'a guère été reconnue qu'au moment des interventions et presque toujours il s'agissait de hernies acquises, accompagnées d'une quantité plus ou moins considérable d'intestin ou d'épiploon.

Krug (*in* thèse de De Vaucher, obs. XXIV) considère son cas comme le seul où le diagnostic ait été fait par le simple examen de la malade. Il s'agissait d'un utérus réductible; par l'exploration bimanuelle on percevait des mouvements communiqués.

Nous pouvons donc nous résumer ainsi :

a) Si l'utérus est réductible, le diagnostic peut se faire par le palper et le toucher combinés.

b) Si l'utérus est irréductible, on ne peut avoir que de vagues présomptions et alors une grossesse intra-herniaire tranche la question.

Hernies inguinales dont le contenu était le siège de lésions diverses.

Le temps ne nous permet pas de faire une étude sur ces différentes lésions; et qu'on veuille bien nous excuser d'avoir simplement rapporté, à titre de renseignement, les observations qui suivent. M. Jaboulay, frappé lui-même de la fréquence avec laquelle il les rencontrait, a bien voulu nous les communiquer.

OBSERVATION XIX.

Hernie inguinale gauche avec deux lipomes du cordon.

OBSERVATION XX.

Hernie inguinale double. Trois gros lipomes de chaque côté adhérents au sac.

OBSERVATION XXI.

Contusion d'une hernie inguinale droite; rupture du sac; la masse intestinale se trouvait immédiatement sous la peau. Grâce à une grande prudence de l'opérateur, l'intestin ne fut pas blessé.

OBSERVATION XXII.

Hernie inguinale gauche. — Epiploïte suppurée, suite d'appendicite.

Homme de quarante-cinq ans. Porteur depuis longtemps d'une hernie inguinale gauche.

Il y a un mois eut une appendicite.

Aujourd'hui présente à l'anneau inguinal une grosse masse dure douloureuse, pouvant faire croire à un néoplasme. Mais en raison des phénomènes fébriles on intervient tout de suite.

Opération. — On tombe sur un sac herniaire prêt à se rompre. A l'intérieur épiploon sphacélé, baigné dans le pus.

Drainage ; lavage ; guérison.

OBSERVATION XXIII.

Epiploïte suppurée, suite de contusion de l'abdomen.

Homme de quarante-cinq ans. Depuis longtemps épiplocèle. Il y a quelques jours reçut un coup de pied de cheval sur l'abdomen.

Phénomènes de péritonite ; perforation de l'intestin. Collection au-dessus de l'arcade de Fallope. Epiplocèle suppurée, consécutivement à la péritonite. Mort par péritonite généralisée.

OBSERVATION XXIV.

Hernie inguinale avec sac angio-lipomateux.

Hernie inguinale gauche chez un malade portant bandage depuis longtemps.

Après incision des téguments on tombe sur une grosse masse perdue dans du tissu adipeux. Dissection soigneuse, puis incision verticale couche par couche ; on tombe ainsi dans une cavité contenant l'intestin hernié. Réduction.

Ligature et excision du sac. Examen de la pièce ; il s'agissait d'un sac *angio-lipomateux*.

OBSERVATION XXV.

Hernie inguinale droite congénitale.

Enfant de douze ans.

Opération. — On trouve de l'intestin dans le canal vâgino-péritonéal.

Mais le point intéressant, c'est l'indépendance complète du testicule et de l'épididyme, déjà constatée avant l'incision. Ils ne sont reliés que par des grosses veines.

OBSERVATION XXVI.

Epiplocèle inguinale congénitale droite. — Tuberculose herniaire et tuberculose péritonéale. — Guérison.

Enfant de huit ans. Incision de la hernie ; épiploon granuleux, adhérent à la vaginale en bas. On le dissèque et on l'excise après ligature.

La tuberculose a pris également les éléments voisins du sac herniaire.

Prolongement de l'incision sur la paroi abdominale : issue de liquide et de fausses membranes, ayant formé une poche kystique à contenu verdâtre.

La tuberculose a guéri.

OBSERVATION XXVII.

Hernie inguinale droite congénitale. — PLAQUES CARTILAGINEUSES SUR LE SAC.

Homme de quarante-huit ans, porteur d'une grosse hernie congénitale droite, demande une intervention.

Le sac est ouvert ; réduction de l'intestin. On aperçoit alors au fond du sac trois plaques cartilagineuses saillantes et ovalaires, comme des nénuphars sur un étang.

OBSERVATION XXVIII.

Hernie inguinale droite étranglée ou pseudo-étranglée. —
ANSES EN SYMPHYSE.

Vieillard de soixante-seize ans. Porteur depuis longtemps d'une hernie inguinale droite réductible.

Il y a quelques jours vomissements fécaloïdes, cependant pouls et état général bons.

Réduction impossible.

Opération. — On trouve dans le sac des anses intestinales soudées en symphyse, comme les deux canons d'un fusil.

Simple réduction. Cure radicale.

DEUXIÈME PARTIE

VARIÉTÉS RARES DES HERNIES CRURALES

Nous avons une première question à nous poser, celle de savoir si nous devons distinguer ici, comme pour la hernie inguinale, une forme congénitale et une forme acquise ?

Nous avons retrouvé deux faits où l'on pouvait se rattacher à l'idée de hernie crurale congénitale :

Le premier signalé par M. Poncet (th. de Canson, 1893) : il s'agit d'une petite fille de onze ans et l'affection remontait à la première enfance.

Le deuxième fait appartient à M. Lucas Championnière, qui opéra une hernie crurale chez un enfant de cinq ans et demi.

Enfin nous rapportons plus loin une troisième observation où l'on peut croire à la congénitalité.

Du reste, Depaul avait déjà rapporté un exemple de ce genre, et démontré d'une façon indiscutable l'existence des hernies crurales congénitales.

On peut donc rencontrer chez l'enfant des hernies crurales. Par quel mécanisme ? Il serait téméraire de vouloir à ce propos soutenir une théorie quelconque ; mais il nous est bien permis de croire à une disposition congénitale particulière de l'anneau crural, favorisant en ce point le développement d'une hernie.

Pour ce qui est des hernies crurales acquises nous avons à signaler une cause étiologique dont personne n'a jamais parlé, croyons-nous. Nous faisons allusion à ce malade observé par M. Gangolphe, alors interne de Daniel Mollière. C'était un homme ayant eu de l'eczéma de la jambe et de la cuisse ; puis adénite consécutive. Un des ganglions étaient situés dans l'anneau crural. Ces ganglions furent le siège d'une tuméfaction énorme ; il y eut même de la suppuration. Mais ce qu'il y a de remarquable c'est que après sa guérison le malade eut une hernie crurale du même côté, et cela sans qu'il y ait eu un effort ou une cause quelconque à relever. Il est donc probable que le ganglion crural tuméfié avait distendu l'anneau, qui donna ensuite libre passage à l'intestin.

La hernie crurale sort le plus ordinairement par la partie la plus interne du canal crural, refoulant la membrane celluleuse qui porte le nom de septum crurale ; elle passe tout à fait en dedans des vaisseaux fémoraux pour faire saillie du côté de la cuisse, au niveau du pli de l'aîne immédiatement au-dessous de l'arcade crurale.

Mais la hernie peut suivre une marche différente : elle peut se placer en arrière ou en dehors des vaisseaux fémoraux.

raux, ou bien affectant avec eux des rapports très éloigné elle traverse des aponévroses qui lui donnent un aspect particulier.

Toutes ces modifications constituent des variétés de hernies crurales.

CHAPITRE PREMIER

VARIÉTÉS RARES DE HERNIES CRURALES AU POINT DE VUE DU SIÈGE

1° *Hernie crurale externe.* — Elle a été observée par Arnaud, Demeaux, Velpeau, Patridge et P. Berger. Elle déprime le péritoine en dehors des vaisseaux épigastriques mais un peu au-dessous de la fossette inguinale externe, s'engage dans l'anneau crural en dehors et en avant de l'artère iliaque externe, et s'étale dans le triangle de Scarpa en avant des vaisseaux fémoraux. L'artère épigastrique occupe la partie interne du sac.

2° *Hernie à travers le ligament de Gimbernat (hernie de Laugier).* — Au lieu de se dégager entre le bord falciforme du ligament de Gimbernat et la veine fémorale, la hernie se fait à la faveur d'une éraillure que présente le ligament de ce nom, dont une partie est laissée sous forme de bandelette fibreuse entre la portion externe du collet et les vaisseaux fémoraux.

Le point d'origine peut être situé en dehors ou en dedans de l'artère ombilicale.

Après avoir traversé le ligament de Gimbernath la hernie arrive à la partie la plus interne de la cuisse; parfois dans la grande lèvre ce qui a pu en imposer pour une hernie inguinale interne.

Les observations publiées et les travaux parus à ce sujet sont dus surtout à Laugier, Cruveilhier, Demeaux, Kuhn et Legendre.

3° *Hernie pectinée (hernie de Cloquet)*. — Dans cette forme particulière la hernie au moment où elle traverse l'anneau crural se dirige en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux et se met en rapport avec le muscle pectiné dont elle perfore l'aponévrose. Elle est alors contenue entre cette aponévrose et le muscle. Elle est très profondément située derrière les vaisseaux et peut être confondue avec une hernie obturatrice.

Legendre en a recueilli cinq observations toutes chez la femme.

4° *Hernie crurale interne*. — Les intestins s'échappent par la fossette sus-pubienne (Demeaux.)

5° *Hernie à double sac*. — On trouve deux sacs distincts traversant chacun un orifice différent du fascia crebriformis. (J. Cloquet, Demeaux, Gosselin)

6° *Hernie en dehors des vaisseaux fémoraux*. — On n'en connaît qu'un seul cas dû à Patridge.

7° *Hernies à plusieurs diverticules*. — Il y a lieu d'établir des sous-variétés :

a) *Hernie de Hesselbach*. — Le sac contenu dans le canal crural envoie un certain nombre de prolongements diverticulaires qui traversent les orifices du fascia crebriformis.

b) La hernie d'A. Cooper présente un diverticule

superficiel qui s'engage au travers d'un orifice du fascia superficialis. C'est une hernie en bissac à deux renflements, l'un sous la peau, l'autre au dessous du fascia, s'étendant dans le canal crural.

c) Hernie en bissac de Hilton, Godling, Bird. — C'est une variété de hernie en bissac dans laquelle le sac contenu dans le canal crural envoie un prolongement diverticulaire de la forme et de la grosseur du doigt dans la grande lèvre.

8° *Hernie cruro-propéritonéale*. — Streubel a rencontré une hernie crurale possédant un diverticule sous-péritonéal dirigé vers la région obturatrice. C'est donc tout à fait l'analogue de ce que nous avons décrit plus haut sous le nom de hernie inguino-propéritonéale.

CHAPITRE II

VARIÉTÉS RARES DE HERNIE CRURALE AU POINT DE VUE DU CONTENU

1^o **Hernie crurale du cæcum et du gros intestin.**

Bien que plus rarement observées, nous possédons plusieurs observations de hernie crurale du cæcum avec son appendice et du gros intestin.

Merigot de Treigny dans son *Etude sur les hernies du gros intestin* considérées spécialement dans les régions inguinale et crurale, nous en fournit quelques exemples (thèse de Paris, 1887).

Krönlein en 1893 appelle l'attention sur une hernie crurale étranglée contenant l'appendice vermiforme et une partie du cæcum.

Enfin M. Pollosson Maurice dans ces dernières années a eu l'occasion d'opérer à l'Hôtel-Dieu deux cas de hernie crurale étranglée contenant l'appendice iléo-cæcal.

Nous pouvons appliquer ici tout ce qui a été dit au sujet des hernies inguinales du cæcum et du gros intestin. Le

mécanisme de formation en est le même ; tout se ressemble et le lieu seul d'irruption est changé.

OBSERVATION XXVII

(Publiée par M. Maurice Pollosson)

*Etranglement de l'appendice iléo-cæcal dans
une hernie crurale.*

X. Y..., âgé de soixante-onze ans, entré en 1888, à l'hôpital de la Croix-Rousse. Vieillard cachectique avec teint terreux et subdélirium, ne donnant aucun renseignement sur sa maladie.

On constate dans la région iliaque droite, au dessus de l'arcade, une tuméfaction fluctuante qui descend à la cuisse dans le triangle de Scarpa, au devant des vaisseaux fémoraux.

Une incision est faite au-dessus de l'arcade, et une contre-ouverture à la cuisse; il s'en écoule un pus fétide. Le malade ne se relève pas, et la mort survient quelques jours après.

Autopsie. — La collection purulente située au dessous de l'arcade est intrapéritonéale ; elle est limitée en haut par des adhérences et sur un point par le cæcum et son appendice. Ce dernier est gangréné et perforé; la collection purulente du triangle de Scarpa est en continuité de paroi avec la précédente; et il est aisé de reconnaître que c'est un diverticule péritonéal, un sac de *hernie crurale*.

Ce premier cas, ainsi que l'ajoute M. M. Pollosson, prête à la discussion. En l'absence de commémoratifs et de détails précis sur la situation de l'appendice, on ne saurait dire s'il s'agit d'une appendice vulgaire dans un sac herniaire ou au voisinage d'un sac herniaire, ou d'un étranglement de l'appendice terminé par gangrène, perforation et abcès à la fois sacculaire et intra-abdominal.

Il n'est pas de même des deux observations suivantes :

OBSERVATION XXIX (résumée).

(Publiée par M. M. Pollosson.)

Étranglement de l'appendice iléo-cæcal.

A. F..., repasseuse, trente-sept ans, Hôtel-Dieu. Salle Saint-Paul. Petite tumeur dans la région crurale depuis cinq ans. Jamais porté de bandage.

Il y a deux jours, tumeur tendue et volumineuse subitement ; puis rapidement coliques, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

A l'entrée facies grippé, pouls petit, coliques nausées, ni selles, ni évacuations gazeuses. A la région crurale petite tumeur marronnée. On diagnostique hernie crurale étranglée.

Opération. — Le sac incisé contient un liquide rougeâtre, et au lieu de l'intestin on voit un cordon rouge, de 5 à 6 centimètres, présentant l'aspect d'un penis d'enfant en érection. Débridement. On tire au dehors l'organe hernié, et à la partie étranglée, fait suite un cordon pâle du diamètre d'un porte-plume ; c'est l'appendice iléo-cæcal. Résection de l'appendice ; cure radicale.

La partie réséquée est examinée ; elle présente à son centre une cavité tubulaire, terminée en cul-de-sac.

OBSERVATION XXX (résumée).

(Publiée par M. Maurice Pollosson.)

Étranglement de l'appendice iléo-cæcal dans une hernie crurale.

X. Y..., infirmière, trente-deux ans. Hôtel-Dieu. Depuis deux ans hernie crurale droite. A son apparition la tumeur a provoqué des phénomènes d'étranglement, qui ont disparu après un taxis immédiat. Depuis port d'un bandage mais par intermittence.

Il y a huit jours la hernie est sortie, devenue douloureuse. Depuis deux jours douleur locale augmentée, coliques, nausées (pas de vomissements), constipation.

M. Pollosson constate dans la région crurale droite au siège des hernies crurales, une tumeur du volume d'un citron, médiocrement tendu, douloureuse à la pression. En l'absence de vomissements et à cause de la marche des accidents on diagnostique une épiplocèle étranglée.

Opération.— Sac petit, dissection jusqu'à son pédicule. Incision du sac, issue d'un peu de sérosité: à l'intérieur, profondément, au devant de l'anneau crural, petite tumeur dure, résistante, constituée par un corps cylindroïde, rougeâtre; celui-ci d'une longueur d'environ 4 centimètres, se termine par une extrémité fermée, arrondie, c'est l'appendice tuméfié. On l'attire sans débrider, la partie qui fait suite est pâle, d'un diamètre inférieur. Résection après ligature. Cure radicale.

Il existe donc des hernies crurales dans lesquelles le contenu est constitué par l'appendice iléo-cæcal seul. Elles peuvent s'étrangler et le diagnostic en est impossible.

En effet, les symptômes sont tantôt ceux de l'épiplocèle étranglée, tantôt ceux de la hernie vulgaire étranglée.

Si le taxis a échoué ou s'il est contrindiqué, il faut intervenir comme pour les hernies étranglées, mais avec débridement non indispensable; résection de l'appendice en partie sain après ligature; occlusion de la section terminale avec quelques points de suture.

2° Hernie crurale de la vessie.

Le premier cas de cystocèle crurale fut rapportée par Verdier en 1753.

En 1890, Aüe cite une deuxième observation et fait une étude d'ensemble.

Guetenbrock, en 1891, ajoute un troisième fait.

Lang, en 1892, publie dans le *Berl. klin. Wochens.* une revue générale de la question avec deux nouveaux faits personnels.

Schooner, en 1893, apporte un nouveau cas publié dans la *Revue de chirurgie*.

La même année Guépin fait une étude d'ensemble de cette variété de cystocèle.

En 1895 MM. Jaboulay et Villard ont opéré une cystocèle crurale extra-péritonéale chez une femme de 30 ans.

Avec cet aperçu historique, la hernie crurale de la vessie comporte absolument la même description que les cystocèles inguinales; ainsi nous n'y reviendrons pas.

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous lisons dans la *Revue de chirurgie*¹ les observations de trois cas de cystocèle au cours d'herniotomies par le Dr Edmond Lardy, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople. L'auteur termine par cette conclusion: « Pour les hernies de la vessie, j'ai eu l'impression que ce ne sont pas de vraies hernies, mais qu'on fait facilement sortir un bout de vessie en tirant sur le sac herniaire. »

Nous sommes loin de partager les vues de M. Lardy et celles de son maître, le professeur Kocher, de Berne. Nous sommes en effet persuadé que dans les trois observations de cystocèles inguinales communiquées par M. Jaboulay, il s'agissait bien réellement de hernies de la vessie et qu'elles n'ont pas été produites par les tractions

¹ *Revue de Chirurgie* 10 février 1896.

sur le sac. L'auteur nous paraît donc ignorer ces faits qui ont cependant été publiés dans le *Lyon médical*, 1895, février et mars.

OBSERVATION XXXI

(Jaboulay-Villard).

Hernie crurale. — Cystocèle extra-péritonéale. — Blessure de la vessie. — Cicatrisation après constriction circulaire. — Guérison.

Femme de trente ans n'ayant eu pour toute maladie pelvienne qu'une hématocele. La hernie crurale siégeait à droite et remontait à sept ans avant. Son apparition avait succédé à l'hématocele. Elle avait grossi, cette hernie, peu à peu, et atteignit bientôt le volume d'une mandarine, mais était allongée de haut en bas.

Deux fois, et seulement dans les deux mois qui précédèrent l'intervention il y eut des coliques violentes qui firent songer à de l'étranglement. Mais ces phénomènes cédaient au repos.

Une nuit un chirurgien appelé pour l'opérer arriva quand les douleurs étaient finies sans que la grosseur ait disparu.

Après une journée de travail, le mal de ventre revenait ; mais ici nous ne sommes pas sûrs de la part qu'il faut faire aux causes de l'ancienne hématocele et à la hernie crurale.

Le port d'un bandage fut conseillé, mais il ne réduisait pas la hernie et était fort douloureux. C'est pourquoi la malade vint demander une intervention.

Il y avait au pli de l'aîne droite une tumeur lisse, régulière, un peu allongée verticalement, molle, contenant un liquide. Situation et nature à part, au point de vue seulement de la sensation, cela ressemblait à un abcès par congestion.

Le diagnostic posé fut kyste herniaire deshabité ; en appuyant fortement, on diminuait son volume et on sentait passer du liquide de bas en haut. Une incision fut faite verticale dans le sens du grand axe de la hernie. Arrivé sur sa face externe, il sembla

qu'elle n'était pas aussi régulière que d'habitude, il paraissait difficile de la séparer du voisinage, alors on la fendit et du liquide vint. Puis l'index introduit arriva facilement au-dessus du ligament de Gimbernat pour pénétrer dans la cavité; on avait dû couper une paroi qui était épaisse. Toute la poche fut isolée des tissus ambiants et la dissection faite jusqu'à l'orifice crural; un fil de catagut fut placé circulairement et très fortement serré. Après quoi la poche fut réséquée.

La suture superficielle fut faite comme d'habitude et M. Jaboulay partit convaincu de la béginité du cas et de la simplicité des suites opératoires. Une heure après, on vint le chercher en toute hâte pour des besoins d'uriner extrêmement douloureux et un ténésme vésical atroce. Alors seulement le diagnostic s'impose et on revit cette paroi épaisse qui n'était que la vessie, ce liquide contenu en assez grande abondance, qui était de l'urine.

Les conséquences de cette résection ne paraissaient pas devoir être bénignes. On n'avait fait qu'une suture, il est vrai, très serrée sur le collet du bissac qui devait représenter la vessie. Mais le fil constricteur allait peut-être être résorbé ou éliminé, et une fistule urinaire en serait la conséquence au niveau du pli de l'aîne.

Cependant, ce ne fut pas ce qui arriva. Pendant deux jours, les douleurs à la miction restèrent très fortes, puis elles diminuèrent et disparurent. Quant à la plaie opératoire, elle se cicatrisa par première intention.

Si au point de vue clinique ce cas de hernie crurale n'a rien de bien spécial et ressemble par les signes de pseudo-étranglement qu'il a présentés à deux reprises aux faits de Shoonen, Aue et Guerterbork, il en est tout autrement au point de vue du traitement.

Nous ne connaissons pas d'exemple de plaie vésicale relativement large qui se soit cicatrisée après sa construction circulaire à l'aide d'un fil fixe et antiseptique.

3° Hernies crurales de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus.

Sur 105 cas de hernie de l'ovaire relatés par Puech, quatorze fois seulement il s'agissait d'une ovarioncie crurale, c'est donc une variété peu fréquente.

Les causes qui lui donnent naissance diffèrent entièrement de celles invoquées par l'ovarioncie inguinale. Tandis que le plus souvent celle-ci est congénitale et fréquemment bilatérale ; la hernie crurale de l'ovaire est au contraire unilatérale et le plus souvent acquise. M. Jaboulay vient cependant d'observer une hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe.

Elle peut être primitive, c'est-à-dire survenue d'emblée à la suite d'un effort ou d'une chute ou même d'une grossesse, ou bien secondaire et descendre dans un sac crural déjà occupé par l'intestin ou l'épiploon.

L'ovaire est rarement seul dans la hernie, il peut être associé à l'intestin, plus fréquemment il est suivi par la trompe et l'utérus. Lallement a publié une observation fort intéressante de hernie crurale, dans laquelle il y avait la matrice, les ovaires, les trompes, une partie du vagin, deux cordons épiploïques et deux kystes ou peut-être deux hydatides (Lallement, *Bull. de la Fac. méd.*, t. V, 1816).

L'ovaire peut être enflammé, cancéreux, tuberculeux, kystique ou renfermer un germe fécondé.

Kousmine vient de publier une observation de tumeur

¹ Kousmine, *Revue de chirurgie*, 1895.

herniaire crurale formée par une dilatation kystique de la trompe d'une capacité de deux litres.

Nous n'avons pu trouver qu'un seul cas de hernie crurale de l'utérus.

OBSERVATION XXXII.

(Communiquée par M. Jaboulay.)

Hernie crurale gauche de la trompe, de l'ovaire et de l'intestin
(congénitale).

Femme de cinquante-cinq ans. Depuis le jeune âge, hernie crurale gauche n'ayant donné lieu à aucun accident.

Depuis quatre jours, phénomènes d'étranglement.

A l'entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade vomit incessamment ; ni matières, ni gaz ; facies pâle ; pouls petit, état général mauvais. Aussi on fait l'opération sans anesthésie.

Opération. — A l'ouverture du sac on aperçoit l'intestin grêle douteux, noir. On le réduit cependant. En dedans de l'intestin se trouvent le pavillon de la trompe et l'ovaire. Réduction. Cure radicale.

4^o **Hernie crurale du testicule.**

La hernie crurale du testicule est excessivement rare. Nous avons pu trouver quelques exemples dus à Arnaud¹, Guincourt et Vidal² (de Cassis).

On peut invoquer comme cause soit un arrêt de descente du testicule qui reste inclus dans l'abdomen, soit la perméabilité persistante du canal vagino-péritonéal.

¹ Arnaud, *Prem. de chir.*, I. 1768.

² Vidal de Cassis, *Path. ext.*, v. 524.

Dans ce dernier cas, la glande peut rentrer facilement dans le ventre par l'anneau inguinal et s'exposer, comme les autres viscères abdominaux, à former une hernie crurale. Et ceci d'autant plus facilement que l'intestin ou l'épiploon, un sac herniaire préexistant, lui auront préalablement tracé la voie.

Pour faire le diagnostic, se baser sur l'absence du testicule dans le scrotum du côté correspondant, sur la présence à l'anneau crural d'une petite masse arrondie, lisse. Enfin, la pression provoque une douleur vive, caractéristique, la douleur testiculaire. C'est là encore le meilleur signe de la hernie du testicule.

5° **Hernie crurale de la vésicule biliaire.**

Il existe un cas de hernie crurale de la vésicule biliaire ; il est dû à Skey (*Med. Times and Gazette*, mars 1862) et rapporté par Loumeau dans sa thèse inaugurale (thèse de Bord., 1885). L'étranglement se produisit avec tous les signes de l'étranglement intestinal sans qu'aucun indice particulier pût attirer l'attention du côté des voies biliaires.

Comme cause prédisposante, Skey avait noté l'abus du corset et l'abaissement consécutif du foie vers la fosse iliaque droite.

6° **Hernie crurale à contenu liquide.**

On a appelé ainsi des hernies crurales dont le sac, devenu inhabité, s'est rempli de liquide. Le sac, dont le collet s'est plus ou moins complètement oblitéré, présente alors l'aspect d'un kyste.

M. Jaboulay vient de rencontrer une disposition toute particulière, que nous n'avons pu trouver signalée nulle part. Voici l'observation :

OBSERVATION XXXIII.

Hernie crurale double. Hernie inguinale congénitale. Double kyste superposé dans la hernie crurale.

Femme de trente-cinq ans. Depuis le bas âge, hernie inguinale gauche. Il y a une dizaine d'années, apparition d'une tumeur à la région crurale gauche ; puis quelques temps après, même chose à droite. Un bandage double fut porté. Puis suppression du bandage ; la malade n'était pas trop incommodée par ses hernies qui étaient d'un petit volume. Elle finit cependant par réclamer une intervention.

En opérant la double hernie crurale, on trouve d'un côté la disposition suivante :

On ouvre un premier sac et l'ouverture donne issue à du liquide. Le doigt parcourant ce sac chemine dans une cavité communiquant avec l'abdomen au niveau de l'anneau crural.

A son intérieur est un deuxième sac dont le pédicule plonge dans l'abdomen à travers l'ouverture du premier. On l'ouvre et il sort également du liquide.

Mais le doigt ne peut pénétrer à travers son pédicule ; la cavité est close de toute part. C'est évidemment le péritoine qui s'est resserré vers l'anneau crural et a formé un diverticule extra-péritonéal. On dirait une véritable hydrocèle.

Mais qu'est-ce que c'est que ce premier sac ? Nous ne savons comment expliquer sa formation et nous nous contentons de la signaler.

Un autre cas tout aussi curieux nous a été communiqué par M. Jaboulay.

OBSERVATION XXXIV.

*Hernie crurale étranglée. Cavité liquide intra-sacculaire
séparée de l'intestin par un diaphragme.*

Vieille femme de soixante-quatorze ans. Depuis le 3 juin 1894, hernie crurale droite survenue après un effort. Etranglement le 20 février 1896.

L'intervention est pratiquée le troisième jour depuis le début des phénomènes d'étranglements.

Rien de particulier jusqu'à l'intérieur du sac. Après ouverture de celui-ci, écoulement de liquide séro-purulent. On est dans une cavité fermée à sa partie supérieure par un diaphragme membraneux recouvrant l'intestin.

Ce n'est que par transparence qu'on aperçoit l'anse intestinale étranglée.

Incision du diaphragme. Débridement. Réduction. Cure radicale.

Nous comprenons facilement qu'il ait pu se faire de la péritonite herniaire capable de produire l'exsudat séro-purulent et cette bride transversale formant diaphragme au devant de l'intestin.

CONCLUSIONS

I. Les hernies décrites sous le nom de « Variétés rares » ne sont point aussi exceptionnelles qu'on peut bien le penser, du moins pour la région inguinale. Elles se présentent avec une fréquence relative et nous pouvons dire que le tiers des hernies rentrent dans le cadre des variétés que nous avons étudiées. La description faite par les auteurs est donc absolument schématique.

II. Parmi ces variétés il y a un rapport à établir et il en est de plus fréquentes les unes que les autres. Ce sont celles qui appartiennent à la région inguinale qui comptent le plus grand nombre d'exemples ; et en particulier les hernies congénitales. Au point de vue de leur contenu c'est le cæcum et son appendice qui tiennent le premier rang ; puis viennent la vessie, l'ovaire et la trompe ; quelquefois l'utérus ; une seule fois le rein et une fois la prostate.

III. Moins souvent sont rencontrées les variétés rares de hernies crurales et elles méritent bien cette appellation. Leur contenu anormal est par ordre de fréquence : cæcum et gros intestin, appendice seul, ovaire et utérus, vessie, testicule et vésicule biliaire.

IV. En pratique lorsqu'on opère une hernie inguinale et qu'on rencontre quelque chose qui n'est pas normal, il faut se rappeler l'une des variétés que nous avons passées en revue.

Par exemple si la hernie a été rapidement volumineuse et irréductible, penser au cæcum et au gros intestin. Si la hernie survient chez un prostatique et s'accompagne de troubles de la miction, songer à la vessie. Chez une femme penser à l'utérus et surtout à l'ovaire et à la trompe.

V. Quant aux hernies de la région crurale il est bien difficile de faire d'avance les mêmes présomptions.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
M. POLLOSSON.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, Hernie inguinale propéritonéale (Méd. mod., 1895).
Anderson, Hernie sans sac de l'S iliaque (Brit. méd., 1895).
Aüe (G.-Ch.), Hernie de la vessie (Centralbl. für Chir., 1891).
Berger (P.), Hernie enkystée (Bull. Soc. chir., 1891-1892).
Bermutz, Hernies graisseuses (thèse de Paris, 1846).
Böckel, Cas except. de hernies (Gaz. méd., Strash., 1864).
Bolling, Hern. propéritonéale (Berl. klin. Woch., 1879).
Rourguet d'Aix, Hernie à double sac (Gaz. hebd., 1865).
Boussi, H. ing. scrotale de l'S iliaque (Bull. Soc. an., 1878).
Brünner, Hernie ing. propéritonéale (Beit. zur klin. Chir., 1889).
Broca (A.), H. de l'S iliaque avec cystocèle (Bull. Soc. an., 1882).
Busch, H. propéritonéale (Berl. klin. Woch., 1879).
Bruns, Tubercul. herniaire (Beit. z. klin. Chir., 1892).
Brachi, Dissert. de hernia ing. immobili (Turin, 1812).
Callisen, Hernia rariorum biga (Acta Soc. méd. Havn., 1779).
Chevereau, H. ing. de l'intest. et de l'estomac (Soc. an., 1894).
Chauveau, H. ing. cong. (thèse de Paris, 1888).
Chipault, H. para-inguinales (Bull. Soc. an., 1889).
Chopart et Desault, Hernies de l'ovaire (Trait. des mal. chir.,
t. II).

- Clarac, Hernie enkystée de la vaginale (thèse de Lyon, 1895).
- Cooper (A.), Œuvres chir., traduc. française.
- Charnois, Hernie du cæcum avec appendicite (thèse Lyon, 1894).
- Cushier, Hernie crurale du fœtus (N. York path. Soc., 1892).
- Defontaine, Hern. ing. de l'utérus et des deux ovaires (Arch. prov. chir., 1895).
- Demeaux, Hernie scrotale du cæcum (Ann. de chir., t. II).
- Duret, Variétés rares de hernies inguinales (Thèse d'agrégation de Paris, 1883).
- Demarquay, Hernie du cæcum (in thèse de Legrand, 1875).
- Ebner, H. de la vessie (Deutsche Zeit. für klin. Chir., 1887).
- Ernst Michels, Un cas de hernie vésicale extrapéritonéale (Médico chir. transactions, 1894, vol. LXXVII).
- Faquet, Tubercul. herniaire.
- Féré, Fréquence des hernies du cæcum chez nouveau nés (Revue mens., 1879).
- Grosseau, Cas insolites de hernies (Union méd., 1880).
- Guelliot (O.), Hernies de la vessie. Congrès fr. de chirurgie (1889).
- Gueterbock (Paul), Hernie de la vessie (Deut. Zeit. für Chir., 1891).
- Goyrand, Clin. chir., 1872,
- Gangolphe, Hernies du gros intestin (Lyon méd., 1892).
- Guersant, Hernie du cæcum (Gaz. des Hôpit., 1841).
- Hamilton (F.) et Terry, Hernies de l'ovaire Bellevue Hosp. Reports, 1870).
- Hartman, Causes d'irred. des hernies du gros intest. (France méd., 1887).
- Hedrich, Hernie de la vessie (Gaz. méd. de Strasbourg, 1890).
- Hache (M.), art. VESSIE du Dict. des sc. méd.
- Hey, Hernie enkystée (1767).
- Hesselbach, Anat. chir. (Wurtzbourg, 1806).
- Høgler (Ch.), Tubercul. herniaire (Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte, 1892).
- Jayle, H. ing. de la totalité de l'intestin (Soc. an., 1893).
- Josserand, Tumeur de l'app. verm. hernié (Lyon méd., 1885).
- Jonnesco, Tuberculose herniaire (Revue de chir., 1891).

- Jungelgel, Cystocèle extrapéritonéale (1892).
Kaufmann, Centralb. f. Chir., 1891.
Kousmuse, Dilatation kystique de la trompe (Revue chir., 1896).
Krönlein, Hernies de la vessie (Arch. für klin. Chir., 1876, t. XIX).
— Hernies propéritonéales, loc. cit.
Ladroitte, Hernie de l'S iliaque (Soc. anat., 1882),
Laugier, H. oblique et directe (Gaz. des Hôpitaux, 1851).
Lallement, Hernie de l'ov. et de la trompe (Mém. Soc. d'émulation.
Laur, Hernie de la vessie (thèse de Paris, 1881).
Laur, Hernie de la vessie (Berl. klin. Wochens chir., 1892).
Lenez, Hernie de l'ovaire et de la trompe (Gaz. méd. Strash., 1881).
Lemaître, Hernie oblique int. (Bull. Soc. anat., 1873).
Leroux (Ch.), Hernie vésicale (Rev. mens. de méd. et chir., 1880).
Levin, Hernie scrotale de tout le tube digestif et de l'estomac (Ann. Soc. belge chir., 1893)
Lotzbeck, Hernies par eraillure (Deutsche Klin., 1886).
Lejars, Tumeurs intra et peri-herniaires (Gaz. des Hôp., 1889).
Loumagne, Hern. de l'ovaire (th. Paris, 1869).
Laranza, H. oblique interne chez nouveau-né (thèse Bord., 1887).
Loumeau, Var. rares de hernies crurales (thèse Bord., 1885).
Legendre, Var. rares de hernies crurales (Gaz. méd., 1859).
Malgaigne, Epiplocèle suppurée (Arch. gén. méd., 1841).
Mandry, Hernie de la vessie (Beit. zur klin. Chir., 1893).
Meinhard Schmidt, Hernie scrotale de l'estomac (Berl. klin. Woch., 1885).
Méry et Petit, Hernie enkystée du vagin (1701),
Monod et Delagenière, Hernie de la vessie (Rev. de chir., 1887).
Mérigot de Treigny, Hernies du gros intestin (thèse 1887).
Morton, Deux cas de hernie de la trompe (Lancet, fév., 1894).
Montaz, Hernie enkystée (Lyon méd., 1885).
— Hernie enkystée (Dauph. méd., 1895).
Morton et Butler, H. de la trompe (Lancet, 1894).
Parker, H. ing. de l'ovaire et de la trompe (Bul. méd., 1893).

- Pily, Cystocèle ing. extrapéritonéale (1891).
Pilz, Hernie de la vessie (Wien. klin. Wochen., 1891).
Postempski, Hernie vésicale (Riforma med., juin 1891).
— Cystocèle ing. extrapéritonéale (Riforma med., juin 1893).
Poulson, H. ing. properitonéale incarcerata (Hosp. Tid Kjob., 1892).
Pollosson (A.), Hernie de l'app. verm. (in thèse de Charnois, 1894).
Pollosson (M.), H. crurale étranglée de l'appendice (Lyon méd., 1893).
Ramonède, Hernie enkystée (thèse de Paris, 1883).
Renault, Tuberculose herniaire (thèse Bord., 1894).
Reverdin, Hernie de la vessie (Revue méd. suisse, 1890).
Reymond, Hern. ing. de la vessie, de l'ov. et de la trompe (Soc. anat., 1894).
Roux, Cystocèle ing. extrapéritonéale (1853).
Roth, Hernie de la vessie (Deutsche med. Wochen., 1892).
Rubino, H. ing. congén. du cæcum et append. (Sicilia méd., Palerme, 1889).
Salichtcheff (de Tomsk), Hernies de la vessie (Khizourguit-ches-koïa Lietopice, 1895).
Santer, H. gangreneuse avec phlegm. périhém. (Centralb. f. Klin., 1895).
Tenderich, Tubercul. herniaire (Deut. Zeit. für Chir., 1895).
Thiéry, Perforation intest. suite de contusion herniaire (Soc. anat. Paris, 1892).
Thiriar, Hern. de la vessie (Gaz. hebdom., 1890, n° 35).
Tolonias, H. ing. de l'ovaire (th. de Paris, 1887).
Trélat et Duguet, Hernie ing. directe (Bull. Soc. an., 1863).
Trendelenburg, Hernie propériton. (Berl. klin. Woch., 1879).
Tripier (Eug.), Hernies congénitales (thèse de Paris, 1880).
Trichter, Hernia intest. cæci (Tubingue, 1806).
Velpeau, Ann. de la chir. fr. et étr., 1841.
De Vaucher, Hernie ing. de la trompe et de l'ovaire (thèse de Lyon, 1895).
Villard, Hernie transpariëto-péritonéale (Arch. prov. de Chir, 1893).

- Walther, Cystocèle inguinale (Bull. Soc. Anat., Paris, 1895).
Wolberg, Hernie propéritonéale (Berl. klin. Woch., 1879).
Zdekamer, Ueber ense. Hernie des Processus vermiciformes (Prig. med. Woch., 1879).
Zuinis, Hernie cong. de l'ovaire (Méd. infant., mai, 1894).
Guérin, Hernie ing. gauche, contenant cæcum (Journ. méd., Bordeaux, janv., 1894).
Alti, Hernies iléo. cæcales (th. Paris, 1894).
Rivet, H. de l'append. verm. (Ibid.).
Sauvage, H. de l'app. verm. (Ibid.).
Kelett, Smith, H. épiploïque ancienne; étranglement du côlon (The Lancet, janvier 1876).
Dubourg, H. ing. droite; anse incompl. du côlon, anse compl. de l'intest. grél, masse épiploïque (Gaz. méd., Bord., 1877).
Kiaff, App. verm. dans les hernies (7 cas) (Nordiskt méd. Arkiv, XXVI 720, 1894).
Bajardi, H. de l'append. vermif. du cæcum (Lo Spriementale; 1895).
Lennander, H. ing. étranglée, contenant cæcum et côlon ascendant (Cent. f. Chir., 1821).
Bariety, Des hernies compliquées de l'append. iléo-cécal. (th. Paris, 1895).
Puech, Grossesse extra-utérine du sac herniaire (Ann. de gyr., 1878, t. II).
Schwartz; H. ing. cont. canaux de Muller, absence totale de vagin et d'hymen (6^e congrès franc. chir. gaz. des hôp., avril 1892).
Capuron, Rapport sur l'observat. d'une entéro-hystérocèle (Bull. Ac. méd., Paris, 1845-46).
La Fontaine, Hernie inguinale de l'utérus et des ovaires (Arch. priv. chir., 1895).
Léopold, Hernie ing. gauche de la corne utérine (Arch. f. Gynäk., 1879).
Kring, Congenital hernia of intern and ovary (Am. joun. obst., 1890).

- Brokl, Hernie utérine à pseudo-hermaphrodite (Am. journ. of sciences, 1894).
- Dutazin, De la descente de l'utérus compliquée de cystocèle (th. Paris, 1887).
- Purcell, Vessie dans un sac herniaire (Lancet, mai 1894).
- Lejars, H. ing. de la trompe, vessie, lésions opératoires de la vessie herniée (Revue de chir. janvier 1893).
- W. Rose, H. ing. avec hernie de la vessie (Lancet, 28 juil. 1894).
- Kronlein, H. ves. intest. étranglée dans le scrotum (Revue des sc. med., t. IX).
- English, Du mode de formation des hernies de la vessie (Stricken's Jahrb.).
- Ratzell, Un cas de hernie vésicale (th. de Berlin 1874).
- Marchand, Hernie inguino-scrotale droite de la vessie (Bull. Soc. m., Paris 1865).
- Reverdin, Hernie inguinale étranglée avec cystocèle (Rev. med. Suisse, t. XIV 1894).
- Reymond, Hernie inguinale de la vessie, trompe et ov. (Soc. chir. Paris, 23 nov. 1894).
- Binand, Kelot. pour hernie étranglée, section de la vessie, rectum cure radicale, mort (J. med. Bord. 1893).
- Michels, Hernie vésicale ultra-péritonéale (Med.-chir. Tr. t., 77).
- Lane, Hernie vésicale ultra-péritonéale (Lancet, mai 1894).
- Verdier, Rech. sur hernie de la vessie (Man. de l'Ac. roy. de chir. t. IV).
- Tuffier, Cæcum et hernies du gros intestin (Arch. de méd., 1887).
- Lockwood, Hernies congénitales du cæcum (Med., chirurg. trans. t. XIX, p. 506).
- Bennet, Formes rares de hernies du gros intestin avec absence de sac herniaire (Société roy. med. chir., London 28 janvier 1890).
- Jalaguier, Hernies du cæcum, communication au 3^e Congrès français de chirurgie.
- Schmidt, Hernie de l'appendice contenant un corps étranger (Munich med. Woch., XVII, p. 288).
- Brieger, Hernie de l'appendice (Arch. f. klin. Chir., 1893).

- Trèves, Anatomie du cæcum (Britsh. med. journ., 1895).
- Steiger, Hernie du cæcum et de l'appendice (Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze, 15 avril 1879).
- Boiffin, Des hernies adhérentes (thèse de Paris 1887).
- Lemenicier, Du cæcum et de ses hernies (thèse Paris 1887).
- Lockwood, Hernie fémorale gauche contenant cæcum et appendice (Soc. Barth. Hosp. Rep. London 1894, XXVIII, 179).
- Sthompson, Removal parth. of the appendice from a sac hernia (British med. journ., London 1887, p. 579).
- Morgan, Hernies de l'appendice (Trans. path. Soc., London 1874, XXV, 107).
- Dunlop, Hernie inguinale du cæcum (the Lancet, 1864).
- Clark, Hernie étranglée du cæcum (the Lancet, 1864, 1192).
- Gray, Hernie cæcale étranglée, mort par apoplexie (the Lancet, 18 septembre 1888).
- Amandale, Hernie fémorale, appendice perforé dans le sac. Excision du sac et de l'appendice (the Lancet, 30 mars 1889).
- Malgaigne, Hernies du gros intestin (Revue de médecine et chirurgie, 1853).
- Duret, Hernies du cæcum (Journal de la Société de médecine de Lille, 1891).
- Pistory, Hernie inguinale droite étranglée avec gangrène de padl'endice (Deutsch. Klinik., Berlin, 1850, II, 416).
- Bier, Hernie inguinale enflammée contenant l'appendice (Deutsch. med. Woch., 1892).
- Krönein, Hernie crurale droite étranglée, contenant l'appendic. perforé et une partie du cæcum. Laporotomie. Résectione Guérison. (Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze., 15 février 1893).
- Von Arx, Hernie scrotale gauche du cæcum. (Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze, 1^{er} décembre 1886).
- Perrin fils, Hernie cæcale étranglée avec gangrène cæcum et appendice. Anus contre-nature. Guérison. Mort par tétanos. (Revue médicale de la Suisse Romande, septembre 1890).

Taranelli, Des hernies de l'appendice. (Annales universelles de médecine de Milan 1875).

Loockwood, Les fossettes péricæcales. Situation de l'appendice. Rapports avec la hernie rétro-péritonéale (Journ. anat. et phys., London, 1889-90. XLI. 118).

Frœlisch, Cystocèle crurale (Revue méd. de l'Est, fév., 1896).

TABLE

INTRODUCTION.	5
HISTORIQUE.	9
PREMIÈRE PARTIE. — HERNIES INGUINALES.	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Variétés rares de hernies inguinales non congénitales au point de vue du siège.</i>	11
1° Hernie oblique interne ou vésico-pubienne	11
2° Hernie inguinale directe	13
3° Hernie par éraillure	14
4° Hernie para-inguinale.	15
CHAPITRE II. — <i>Variétés rares de hernies inguinales congénitales au point de vue du siège</i>	16
1° Hernies inguino-interstitielles	16
2° Hernies inguino-propéritonéales.	17
3° Variété rare de hernie transpariëto-péritonéale. .	20
4° Hernies enkystées de la vaginale	23
CHAPITRE III. — <i>Variétés rares de hernies inguinales, au point de vue du contenu.</i>	27

1° Hernie du gros intestin ; cæcum et appendice . .	27
Hernies de l'S iliaque	39
Hernies de la totalité de l'intestin	40
2° Hernie inguinale de l'estomac	40
3° Hernie inguinale du rein.	40
4° Hernie inguinale de la vessie	41
Cystocèles opératoires	49
5° Hernie de la prostate	51
6° Hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe. . .	54
7° Hernie de l'utérus	58
Hernies inguinales dont le contenu était le siège de lésions diverses	62
DEUXIEME PARTIE. — VARIÉTÉS RARES DES HERNIES	
CRURALES	66
CHAPITRE PREMIER. — <i>Variétés rares de hernies cru-</i> <i>rales au point de vue du siège.</i>	69
CHAPITRE II. — <i>Variétés rares de hernies crurales au</i> <i>point de vue du contenu</i>	72
1° Hernie crurale du cæcum et du gros intestin . .	72
2° Hernie crurale de la vessie	75
3° Hernies crurales de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus	79
4° Hernie crurale du testicule	80
5° Hernie crurale de la vésicule biliaire.	81
6° Hernie crurale à contenu liquide	81
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	87

